This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

NOUVELLE SÉRIE. — 2e année. DÉCEMBRE 1892. N° 12.

ANNALES
DE PSYCHIATRIE
ET
D'HYPNOLOGIE

DANS LEURS RAPPORTS AVEC

LA PSYCHOLOGIE ET LA MÉDECINE LÉGALE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION DE M. LE

Dr J. LUYS

Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'hôpital de la Charité

Avec la collaboration de MM.

AZAM, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; — BALL, professeur de Pathologie mentale à la Faculté de médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine; — DENY, médecin de Bicêtre; — Dr BURCKARD, médecin à l'asile de Préfargier; — Dr COLLINEAU; — ENCAUSSE, chef de Laboratoire de la Charité; — FONTAN, professeur à l'Ecole de médecine de Toulon; — KLIPPEL, chef du laboratoire de Ste-Anne; — KYELBERG, prof^r de Psychiatrie à l'Université d'Upsal; — Dr Ch. LEFEVRE; — MATHIOT, ancien secrétaire de la Conférence des avocats; — MARANDON DE MONTYEL, médecin de l'asile de Ville-Evrard; — Dr Paul MOREAU (de Tours); — MOREL, médecin de l'asile d'aliénés de Gand; — OBREGIA, chef des travaux de l'Institut physiologique de Bucharest; — Dr PINEL (Charles-Philippe); — Dr REGNIER; — de ROCHAS; — Dr ROUILLARD, chef de clinique à Sainte-Anne; — Dr SICARD DE PLAUZOLES, médecin-adjoint de la maison de santé d'Ivry; — Jules VOISIN, médecin de la Salpêtrière.

Secrétaire de la Rédaction :

René SEMELAIGNE

Chef de clinique adjoint de la Faculté.

SOMMAIRE :

1° Enseignement médical libre; programme du cours d'hypnologie, fait à la Charité, par le Dr J. LUYS..... 353
2° Les troubles sensoriels organiques et moteurs consécutifs aux traumatismes du cerveau, par le Prof. AZAM (de Bordeaux) (*suite*)..... 356
3° Du danger des sorties prématurées des asiles pour les aliénés à idées de de suicide, par J. LUYS..... 367
4° Revue de médecine mentale, par le Dr SEMELAIGNE..... 374
5° Bulletin mensuel de la Clinique hypnothérapique de la Charité, par J. LUYS 379
6° Table des matières et des auteurs..... 381

PARIS

BUREAU DES ANNALES DE PSYCHIATRIE ET D'HYPNOLOGIE

35, BOULEVARD HAUSSMANN, 35

1892

ABONNEMENT : FRANCE, 10 FRANCS. — ETRANGER, 12 FRANCS. — PRIX DU NUMÉRO, 1 FRANC

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au Dr LUYS, 20, rue de Grenelle, Paris.

Tout ce qui concerne l'Administration, doit être envoyé à M. JOURDAIN, 35, boulevard Haussmann, PARIS.

Les abonnements peuvent être pris à la Société d'Éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

PRINCIPAUX OUVRAGES OU DOCTEUR LUYS

1° **Leçons cliniques sur les principaux phénomènes de l'hypnotisme dans leurs rapports avec la pathologie mentale**, professées à l'hôpital de la Charité. Un vol. in-8° raisin, de 228 p., 13 planches en photogravure. Prix 12 fr., chez Carré, 58, rue St-André-des-Arts.

2° **Recherches sur le système nerveux cérébro-spinal, sa structure, ses fonctions, ses maladies**, 1865, avec atlas de 40 planches, ouvrage couronné par l'Académie des Sciences, J.-B. Baillière.

3° **Des actions réflexes du cerveau, dans les conditions normales et morbides de leurs manifestations**, 1874, avec planches, J.-B. Baillière.

4° **Le cerveau et ses fonctions.** Bibliothèque internationale, 6e édition, Alcan.

5° **Iconographie des centres nerveux**, 1873. 2 volumes comprenant 71 planches photographiques et 78 schémas, avec texte explicatif. Ouvrage ayant obtenu le prix Lallemand, J.-B. Baillière.

6° **Petit atlas photographique des centres nerveux**, 1886, comprenant 24 planches photographiques du cerveau, avec texte explicatif, J.-B. Baillière.

7° **Traité clinique et pratique des maladies mentales.** Un volume de 700 pages avec figures, Lecrosnier-Delahaye.

8° **Les émotions dans l'état d'hypnotisme et l'action à distance des substances médicamenteuses.** 3e édition, avec 28 photographies. J.-B. Baillière, 1890.

ARTICLES DIVERS. — 1° *Contributions à l'étude anatomo-pathologique de l'idiotie* (*l'Encéphale*, 1881, p. 198).

2° *Des formes curables de l'aphasie* (*l'Encéphale*, 1881).

3° *Des hémiplégies émotives* (*l'Encéphale*, 1881).

4° *Des lésions du 4e ventricule dans le diabète* (*l'Encéphale*, 1882).

5° *Des conditions somatiques de la surexcitation nerveuse* (*l'Encéphale*, 1882).

6° *Des changements de position du cerveau suivant les différentes attitudes de la tête.* (Lu à l'Académie de Médecine, 1884, avec planches.)

7° *Recherches sur la mensuration de la tête à l'aide de nouveaux instruments céphalographiques* (*l'Encéphale*, 1886).

8° *Étude sur le dédoublement des opérations cérébrales.* (L'Académie de médecine, 1879.)

9° *Des projets de réforme relatifs à la législation des aliénés* (discours prononcé à l'Académie de médecine, 1884).

PRIMES OFFERTES AUX ABONNÉS DES

ANNALES D'HYPNOLOGIE

Les collections des diverses années (7 volumes) du journal *l'Encéphale* seront données à raison de 10 fr. le volume au lieu de 20 fr., pour Paris et l'Etranger, aux abonnés des *Annales d'Hypnologie*.

Maison ROBILLARD, BELLORGEOT-CLAVEL et Cie

ROBILLARD et Cie

25, rue Notre-Dame-de-Nazareth, 25,

SEUL FABRICANT DU

MIROIR ROTATIF

Système du docteur LUYS.

L'application des **Miroirs Rotatifs** à l'hypnotisme est due: 1° aux surfaces miroitantes; 2° à la rotation à mouvement continu (n° 1), ou à la rotation double tournant en sens contrarié (2).

Il existe deux sortes de miroirs rotatifs :

1° Mouvement continu avec tête à plaque nickelée.... Prix : **20 fr.**
2° Mouvement double avec deux têtes plaque nickelée. Prix : **30 fr.**

BOSTON MEDICAL
SEP 4 1919
LIBRARY

ANNALES
DE PSYCHIATRIE
ET
D'HYPNOLOGIE

DES

OBSESSIONS EN PATHOLOGIE MENTALE

par le professeur B. BALL.

Leçon recueillie par M. Boëteau, interne du service (1).

Les habitudes de notre clinique, que vous connaissez depuis longtemps, nous imposent la règle de ne jamais aborder l'étude d'une question sans avoir préalablement établi les données que nous fournit l'étude directe des malades, c'est-à-dire l'observation clinique des faits.

Fidèle à cette tradition, nous commencerons par un récit clinique l'histoire des obsessions mentales, qui doivent aujourd'hui faire le sujet de notre leçon.

Au reste, le fait assez simple en lui-même qui va vous être rapporté résume assez fidèlement les principaux caractères de ce groupe de psychopathies pour m'excuser de retenir pendant quelques instants votre attention bienveillante.

Pardonnez-moi de m'abandonner à d'assez longs détails ; le cas en vaut la peine.

Il s'agit d'une femme encore jeune, car elle n'a que trente ans, dont l'aspect chétif fait pressentir une enfance mala-

(1) *La Médecine moderne*, 3 décembre 1891.

BOSTON MEDICAL LIBRARY
SEP 4 1918
SEP 4 1918

dive, et cependant, à l'exception d'une maladie de langueur survenue à l'époque de la puberté, cette personne n'a presque jamais été malade.

Réglée à 14 ans, mariée un peu plus tard, mère d'un enfant mort par accident, elle a traversé régulièrement toutes les phases de la vie génitale.

L'ensemble de sa santé n'a jamais présenté aucune perturbation, sauf quelques accidents hystériformes de peu d'importance. Bref, elle aurait joui d'une santé presque parfaite, si, à l'âge de 24 ans, elle n'avait présenté les stigmates héréditaires de la tare mentale qu'elle manifeste encore aujourd'hui. En un mot, il faut que vous sachiez que cette femme est atteinte, depuis 7 ans, d'impulsions homicides, soigneusement dissimulées par elle, et que rien jusqu'ici n'a fait soupçonner. Son mari lui-même ignore le danger qui, pendant les longues heures de la nuit, veille à son chevet, et s'installe pour ainsi dire auprès de lui.

Il y a 7 ans, le 18 du mois de juin 1884, vers trois heures de l'après-midi, vous voyez que je précise la date, elle fut prise subitement du désir, soi-disant irrésistible, de couper la tête à son mari.

Cette obsession absurde et criminelle éclata sans prodromes, pendant qu'elle travaillait à l'atelier où elle était employée. Elle s'imposa tyranniquement, et, malgré ses efforts, elle fut obligée de l'accueillir bien qu'elle aimât beaucoup son mari, et bien qu'elle comprît l'insanité d'une pareille obsession, contraire à la fois à ses affections, à ses intérêts et à l'éducation qu'elle avait reçue.

En même temps se produisait un phénomène solennel qui accompagne fort souvent les cas de ce genre ; nous voulons parler d'une angoisse, d'une oppression précordiale avec dyspnée, battements de cœur violents, tremblement généralisé et sueurs froides.

Cet état pénible persista toute la journée, et ne cessa qu'à une heure avancée de la nuit.

Le lendemain au réveil, l'accès de folie, si l'on peut ainsi s'exprimer, avait disparu. Mais, dans la soirée, à la même heure, les palpitations, l'angoisse, la dyspnée, le malaise, reviennent de nouveau, et l'impulsion morbide s'impose avec la même énergie.

Depuis cette époque jusqu'à ce jour, l'accès commence toujours à la même heure, et se continue jusqu'au moment où survient le sommeil ; il dure ainsi une durée de huit à dix heures ; puis tout rentre dans l'ordre jusqu'au début de l'accès suivant.

Autre caractère important, ces accès sont paroxystiques, et c'est constamment pendant l'été que cette obsession acquiert son maximum d'intensité. L'hiver est plus favorable à la malade, car elle supporte bien le froid.

On constate d'ailleurs une coïncidence absolue entre l'apparition de l'idée morbide, et celle de l'angoisse et des autres troubles concomitants que nous avons signalés.

La vue des pointes et surtout des couteaux a sur elle une influence tellement considérable, qu'elle a dû prier son mari de vendre ses rasoirs et de faire disparaître tout ce qui lui rappelle sa tentation.

Il est bien entendu que le mari ne se doute pas du motif qui l'oblige à éloigner de son domicile tout instrument coupant ou tranchant.

Nos malades, les aliénés, vous le savez, sont extrêmement sensibles à l'influence des faits extérieurs, et les articles de journaux exercent sur eux une influence fâcheuse. Notre sujet ne fait pas exception à la règle.

Lors de l'affaire Gouffé, où, comme vous le savez, un huissier fut pendu par sa maîtresse, notre malade fut obligée de cacher tous les journaux, et de s'abstenir de toutes les conversations et de toutes les lectures qui pouvaient lui rappeler ce fait, de crainte de céder à une tentation semblable.

Du reste, l'impulsion morbide prend souvent une tendance différente ; elle veut jeter du vitriol à la figure de son mari, ou verser du poison dans ses aliments ; l'idée homicide persiste toujours, le procédé seul est différent.

Les symptômes que nous venons de décrire sont évidemment liés à un fond de santé qui laisse à désirer, et qui se caractérise par un mal de tête presque constant ; c'est un malaise diffus, mais ayant deux foyers d'irradiation, l'un à la région frontale, l'autre à l'occiput. Cette douleur redouble d'intensité au moment de l'obsession. « On dirait que ma tête se vide », dit la malade. Souvent aussi, elle éprouve

des vertiges parfois assez intenses pour lui faire perdre l'équilibre, lorsqu'elle ne peut pas s'appuyer sur un objet extérieur.

Notons en même temps quelques troubles intellectuels qui consistent surtout en un affaiblissement de la volonté et une diminution de la mémoire.

Enfin quelques troubles sensoriels viennent compléter le tableau ; ce sont :

Sensation de froid intense.

Troubles de la vue avec rétrécissement du champ visuel, dont je vous représente l'image constatée à l'ophtalmoscope.

Diminution de l'odorat.

Accès intermittents de mutisme involontaire.

Crises de larmes.

Enfin on a vu de véritables attaques de nerfs qui ont débuté pour la première fois à l'âge de 24 ans.

En rapport avec ces symptômes, on a prescrit un traitement qui commence déjà à produire des effets visibles, et l'amélioration que la malade éprouve me fait espérer la cessation rapide de ses impulsions morbides, sauf le cas extrêmement probable d'une récidive.

Laissez-moi vous rappeler que tout le drame dont je vous parle a été soigneusement caché par la malade, et que seuls mon interne et moi en avons recueilli le secret.

Il faut maintenant se rappeler que les antécédents héréditaires de la malade font partie intégrante de son histoire. Sous ce rapport nous avons à noter des faits pathologiques d'une haute gravité.

L'alcoolisme a joué une part importante dans sa lignée. Ainsi :

Grand'mère alcoolique.

Mère alcoolique, faible d'esprit ; atteinte d'une jalousie morbide, elle accusait sans aucun motif sa fille d'inceste avec son propre père. Cette femme est morte à 61 ans d'une pneumonie.

Parmi les très nombreux frères et sœurs de la malade, nous trouvons un alcoolique ayant eu plusieurs accès de delirium tremens.

Enfin le père est mort d'une attaque d'apoplexie à l'âge

de 60 ans, fait très important au point de vue des prédispositions morbides. On connaît, en effet, l'hérédité des dispositions congestives, et les accidents qui surviennent chez cette femme ont été déjà préparés dans la personne de son père.

Née de pareils ancêtres, élevée en plein milieu parisien, cette femme, par une contradiction dont nous voyons heureusement beaucoup d'exemples, a toujours mené une vie des plus exemplaires. Très intelligente et très assidue à l'école, elle passait pour une des meilleures élèves.

C'est dans ces conditions que l'impulsion morbide s'est brusquement déclarée le 18 juin 1884, et a toujours persisté depuis cette époque.

Vous avez ici un exemple d'obsession impulsive, de ces idées qui s'imposent de force, et auxquelles on ne peut plus se soustraire.

Pour varier maintenant les exemples, permettez-moi de vous parler d'une obsession qui porte sur une perversion de l'instinct génital, et qui, bien que complètement distincte du fait dont nous venons de parler, constitue une obsession avec impulsion, aboutissant à des actes répréhensibles. C'est à ce titre que je cite le fait :

Un jeune paysan nous est amené par son patron à la consultation externe de la clinique de Sainte-Anne. Il exerce la profession de cultivateur. Nous avons constaté chez lui des imperfections physiques et morales. Il est de petite taille, le tronc est un peu asymétrique, sans déformation marquée ; le crâne présente un aplatissement anormal de la saillie osseuse frontale et temporale droite, d'où une asymétrie faciale très nette ; la voûte palatine est ogivale et les dents cariées.

Depuis longtemps adonné à la masturbation, il a toujours été d'un caractère triste et apathique ; il recherche l'isolement, évite ses camarades et ne prend point part à leurs jeux. Assez souvent il s'emporte, il devient violent. Une simple réprimande de son patron provoque chez lui un accès de colère insensée. Dans un cas de ce genre, à la suite d'une colère, il s'est fait avec un morceau de verre une large et profonde entaille à la main gauche, dont il porte encore la cicatrice.

Un autre stigmate capital au point de vue psychique est sa faiblesse d'esprit, sa débilité mentale.

J'arrive maintenant au fait. Voici le certificat médical qu'on nous remet à son sujet.

Le nommé X... se livre à des actes contre nature sur des animaux. En février dernier, son patron a constaté « qu'une de ses lapines était crevée » par suite des attouchements auxquels il se livrait sur elle.

Peu après, il s'est aperçu également que son chien maigrissait dans des conditions extraordinaires. Enfin, il y a 15 jours, il a perdu trois autres lapines, et l'autopsie a permis de constater que le nommé X... avait eu des relations avec elles.

Il existe dans les actes de bestialité de notre sujet deux tendances fort distinctes. Tantôt il pollue les animaux, tantôt il va plus loin et consomme l'acte vénérien ; toutefois, de ces deux variétés d'impulsions, la seconde est plus fréquente.

Tandis que pour satisfaire la première il prend le premier animal venu, pour la seconde les lapines seules l'impressionnent ; pour les autres animaux il est d'une froideur absolue.

A la tombée de la nuit, il se dirige vers la soupente où sont logés les lapins de son patron ; il s'empare d'une lapine, l'embrasse avec fureur, la presse contre lui et dans quelques cas il accomplit le coït. Le nombre de ses victimes est grand, car la disproportion des organes amène presque toujours la mort de la femelle. La vue et le contact de la lapine allument ses désirs. Ce qu'il importe de noter, c'est la façon dont débute l'accès.

Il éprouve un grand malaise, un trouble spécial, une douleur atroce dans la tête, il semble qu'on lui martèle le crâne à coups de grosses pierres.

Une fois la satisfaction du besoin accomplie, il éprouve une détente, il se sent soulagé. La raison reprend ses droits et il se tient tranquille, jusqu'au moment où une nouvelle impulsion se développe et le conduit à l'accomplissement du même acte.

La crise est d'ailleurs marquée par une angoisse, avec sueurs froides, avec palpitations de cœur, ses jambes flé-

chissent sous lui, et c'est alors qu'il succombe pour rentrer presque aussitôt dans l'état normal.

D'une manière ordinaire les femmes lui sont complètement indifférentes ; il ne s'en occupe jamais pour la satisfaction d'un désir vénérien.

Les perversions du sens génital sont infiniment nombreuses et variées.

Mais il est une variété d'obsessions auxquelles j'ai donné le nom d'impulsions intellectuelles, et auxquelles il vaudrait peut-être mieux donner le nom d'obsessions verbales.

Je vais en citer un exemple. Un jeune homme de 14 ans, jusqu'alors normal, suivait le cours régulier de ses études au collège, lorsqu'un jour, il se trouva dans un dîner entre amis, où la conversation tomba sur la superstition qui attache une idée de malheur au nombre 13. Cette conversation n'eut pas d'importance pour les autres, mais pour lui elle devint le point de départ d'une obsession terrible. A partir de ce moment il se crut obligé de proférer à chaque instant une oraison jaculatoire. Dieu 13 ! L'Infini 13 ! L'Éternité 13 ! Le but de cette oraison était de détourner de Dieu, de l'Infini, de l'Éternité, la fatalité du nombre 13. Mais cette formule se renouvelant environ une fois toutes les cinq minutes devint une infirmité terrible qui finit par l'obliger à renoncer à ses études et à se retirer à la campagne où il chercha à trouver quelque repos.

Les faits qui précèdent nous paraissent assez nets pour m'autoriser à vous présenter quelques considérations d'ensemble sur cet état singulier qui se rattache manifestement à des conditions matérielles dans l'état du cerveau, dont elles sont l'expression extérieure. Notons d'abord, messieurs, un certain nombre de caractères différentiels qui nous permettent de distinguer les obsessions de toute autre forme de maladie mentale et de leur créer une place à part dans la pathologie de l'aliénation.

I. *Lucidité.* — Vous savez, messieurs, que pendant bien longtemps une idée admise en aliénation mentale a été que le défaut d'appréciation de son état était le caractère de la folie. Il est vrai que Pinel a parlé de « la folie avec lucidité »,

et qu'Esquirol a consacré un chapitre à la manie raisonnante, qu'il n'admet qu'avec beaucoup de peine. Mais, en général, l'idée qui prédominait en pareille matière était que le malade ne connaissait pas son propre état ; en effet, le fou est *alienus* étranger aux autres et à lui-même, disait-on, d'où il résultait que la première chose que le fou ne sache pas, c'est qu'il est fou. S'il le savait, il ne serait pas fou. Cette manière de voir a trouvé une formule concise dans un vers célèbre, que mon vénérable maître Baillarger a cueilli sur les lèvres d'un de ses malades :

« La folie est un mal qui s'ignore lui-même ».

Vraie en général, cette idée est absolument fausse dans certains cas particuliers, à tel point que la loi nouvelle proposée au Sénat reconnaît l'existence de certains fous qui, ayant conscience de leur folie, peuvent réclamer et obtenir leur placement dans une maison de santé. Or le cas le plus marqué de folie avec conscience est certainement le cas des obsessions mentales.

Les obsédés savent parfaitement que leurs impulsions, leurs craintes et leurs pensées sont absolument morbides. Ils sont victimes d'un délire, et d'un délire avec conscience, d'un délire dont ils comprennent eux-mêmes l'absurdité.

En frappant le coup qui doit atteindre leur victime, les homicides de ce genre nouveau ont parfaitement conscience qu'ils commettent un acte d'insanité.

La même définition peut s'appliquer à tous les actes répréhensibles qu'ils peuvent commettre, et qui souvent les amènent devant les tribunaux. Il en est de même des idées obsédantes qui remplissent leurs pensées, et souvent en chassent les notions saines, auxquelles ils n'ont plus le temps de penser.

Donc la conscience de son délire est le premier caractère de l'obsession. Nous aurons cependant à revenir sur ce point plus tard.

II. — Parlons maintenant du deuxième caractère. Les accès d'obsession sont soudains et sans prodromes ; rien dans les antécédents, dans l'éducation ni dans l'histoire du sujet n'en prépare l'irruption. On pourrait les nommer des invasions soudaines.

Le fait est tellement évident que souvent on peut chez tel ou tel malade indiquer le jour et l'heure précise où l'obsession a pris corps. Un mot prononcé par hasard, un récit, une simple parole, ont planté pour ainsi dire un clou qui devient ensuite le point de départ et marque la date précise de la maladie.

Vous en avez vu un exemple évident chez la jeune femme dont les obsessions remarquables viennent de vous être signalées. C'est en quelque sorte une névralgie morale qui s'empare brusquement du sujet.

Je vous livre ce fait qui me paraît établir d'une manière irréfragable le début d'une maladie de nature non seulement mentale, mais physique et matérielle.

III. — Troisième caractère fondamental. Les obsessions sont paroxystiques.

En effet, non seulement elles se montrent avec une intensité spéciale à certaines époques, mais elles peuvent guérir ou tout au moins s'améliorer.

Chez notre malade l'été est une période d'aggravation, tandis que, au contraire, l'hiver est une période de calme et de repos. C'est le cas le plus ordinaire.

IV. — Quatrième caractère.

Comme conséquence de ce que je viens de vous dire, de longues périodes de rémission viennent souvent suspendre le cours du mal, et l'on pourrait croire que tout est fini, et que l'on est arrivé à la guérison complète, si, après un temps indéterminé, une nouvelle rechute ne venait pas remettre tout en question. Voilà pourquoi, comme dans tous les cas de folie intermittente, le pronostic doit être toujours très réservé.

V. — Cinquième caractère.

Contrairement à ce qu'on pourrait craindre, les malades de ce genre ne tombent presque jamais en démence. Ils gardent leur infirmité, mais ne tombent jamais plus bas. Leur délire ne se transforme pas, ils ne subissent pas l'évolution qui fait succéder une forme morbide à une autre. C'est la préface d'un ouvrage dont la publication ne se ter-

minera jamais ; vous savez, messieurs, combien les ouvrages de ce genre sont nombreux.

VI. — Sixième caractère.

J'arrive maintenant à un point de la plus haute importance : lorsque une fois l'acte coupable ou simplement bizarre a été accompli, une immense satisfaction s'empare du malade.

Qu'un crime, qu'un vol, qu'un viol, qu'un meurtre ait eu lieu, le malheureux obsédé est content, il se sent soulagé, jusqu'au moment où la réflexion reprenant son empire, il se rend compte de la situation où il s'est placé.

Ce phénomène de satisfaction momentanée, qui est constant, marque évidemment l'accomplissement d'une crise ; c'est la preuve du caractère morbide de l'accès tout entier.

VII. — Septième caractère.

Les symptômes physiques qui toujours ou presque toujours accompagnent l'obsession sont la preuve évidente qu'il s'agit ici, non pas d'un mal seulement moral, mais aussi d'un mal physique.

Chez nos deux malades, nous constatons des maux de tête souvent violents, et la crise est presque toujours marquée par une angoisse, une dyspnée avec des sueurs froides, avec des vertiges assez violents pour provoquer des chutes qui peuvent blesser le malade : c'est ce que les Allemands appellent les symptômes pneumogastriques.

VIII. — Huitième caractère.

Chez beaucoup de malades, des phénomènes congestifs très remarquables accompagnent ou précèdent l'obsession ; et dans les cas où le traitement peut avoir une action, ce sont des moyens anti-congestifs (ou anti-anémiques) qui donnent les meilleurs résultats. Il ne faut point oublier que les symptômes de l'anémie cérébrale sont identiques à ceux de la congestion, et ne peuvent pas cliniquement en être distingués.

S'il est vrai que *naturam morborum curationes ostendunt*, on ne saurait négliger une indication si importante, et qui nous met sur la trace directe du mal.

Je ne prétends pas dire que les congestions sont tout dans ce phénomène, mais leur rôle est capital.

IX. — Neuvième caractère.

Le rôle de l'hérédité est d'une immense importance chez ces malades ; il ne faut pourtant pas l'exagérer, car il existe aussi des obsessions acquises.

Mais il n'en est pas moins vrai que beaucoup d'obsessions, je devrais dire la plupart, reconnaissent l'influence héréditaire.

Ce n'est point une raison pour faire des obsessions un chapitre de la folie héréditaire, comme le fait M. le professer Schüle qui me paraît être tombé ici dans une exagération évidente. Il est vrai que dans la plupart des cas, les obsessions sont héréditaires : mais il existe aussi des obsessions acquises et qui ne sont point d'origine héréditaire.

Tâchons d'éviter cette tendance, aujourd'hui trop commune, et qui tend à faire de la folie héréditaire une sorte de lieu de débarras où l'on entasse pêle-mêle tout ce qui n'occupe pas une place bien définie en médecine mentale.

Il nous paraît ressortir des faits que nous venons de relever, qu'il s'agit dans les obsessions d'un mal physique, d'un trouble cérébral brusquement développé avec ou sans cause connue, mais qui répond toujours à une lésion physique, qui correspond généralement à des congestions ou même à des anémies partielles ; en un mot, ce sont des troubles soudains de la circulation cérébrale.

Nous attachons donc une grande importance aux symptômes physiques, qui accompagnent l'accès, à l'angoisse et à la dyspnée qui en marquent le début.

Mais nous venons d'émettre une hypothèse ; rentrons sur le terrain des faits et demandons-nous quelles sont les formes diverses, les degrés différents que peuvent offrir les obsessions.

Les manifestations de ce genre, nous voulons dire, les obsessions en général, sont excessivement nombreuses et si l'on veut tenir compte de toutes les obsessions quelconques qui peuvent se produire on pourrait dire qu'il n'est personne qui n'en ait quelquefois éprouvé dans sa vie.

On a décrit avec un grand luxe de détails les obsessions

impulsives, ou, comme on dit, émotives ; impulsions au meurtre, au vol, à l'incendie, etc., ; les impulsions verbales telles que l'onomatomanie, la coprolalie, etc., récemment décrites avec un grand luxe de détails ; les impulsions génitales, qui peuvent revêtir les formes les plus variées et les plus bizarres, comme vous en avez vu un exemple dans ma dernière leçon.

Nous signalerons aussi les scrupules religieux ou autres, car il y a des scrupules de la conscience et de l'honnêteté ou de la propreté, tel que le fameux cas d'Esquirol. Quant aux scrupules religieux qu'on rencontre en nombre infini, ils sont les plus fréquents de tous.

Entreprendre une description complète de ces faits, n'entre pas dans mes intentions ; je me contenterai, d'une manière générale, de les classer en trois grandes classes, en trois grandes catégories, d'après leur intensité. Je les divise en petites, moyennes et grandes.

Les petites obsessions sont presque des phénomènes purement physiologiques. Tous les hommes sont capables d'en éprouver.

Nées d'un simple incident pathologique et transitoire, chez les sujets prédisposés, elles disparaissent comme elles sont venues, dans la plupart des cas ; elles ne donnent pas lieu à des conséquences plus graves.

Les moyennes offrent, au contraire, une tendance à troubler l'équilibre de l'esprit, à développer un état de tourment, de malaise, d'inquiétude morale, dont le triomphe est la singulière et pénible maladie, que les auteurs français ont appelée la folie du doute.

Enfin, les impulsions qui conduisent si souvent à des actes répréhensibles ou même criminels sont la troisième forme, et la forme la plus grave des obsessions. Bien des malades y succombent ; d'autres, en plus grand nombre, y résistent, et l'on ne se doute jamais du nombre infini des sujets qui, pendant longtemps, pendant toute la vie, résistent à des poussées morales qui les mettent à deux doigts de leur perte.

J'ai été consulté, il y a peu d'années, par un malade qui présentait simultanément plusieurs impulsions morbides. C'était un artiste d'un grand talent, né dans une condition

très inférieure et pourvu d'une instruction purement élémentaire, mais qui, par la force de sa volonté, s'était élevé au-dessus de sa position. Il s'était marié jeune ; les enfants étaient venus de bonne heure, et avec eux les soucis. Il fallut redoubler de courage et, vers l'âge de trente-huit ans, sans aucune maladie apparente, l'intelligence de cet homme fléchit.

Il commença à éprouver des impulsions bizarres auxquelles il ne pouvait résister que par un grand acte de volonté. Voyait-il une glace, il éprouvait le besoin de la briser d'un coup de poing ; était-il près d'une fenêtre, il éprouvait le désir de se jeter en bas. Recevait-il quelques billets de banque, prix légitime de ses rudes travaux, il était tenté de les déchirer et de les jeter au vent. Enfin, des impulsions plus redoutables vinrent l'assaillir. A chaque instant il se sentait poussé à égorger ses enfants. Sa petite fille est prise d'un croup dont elle meurt bientôt. Pendant la dernière nuit il veille auprès de son berceau, et d'après ses propres paroles « au moment même où je priais Dieu avec des larmes abondantes de sauver la vie de cette enfant, j'éprouvais le désir atroce de la prendre dans son berceau pour la jeter dans le feu ».

Ces impulsions redoublèrent au point de lui rendre la vie insupportable, et plus d'une fois il eut envie de se suicider. Enfin, la dernière fois qu'il vint me consulter, il me dit, après m'avoir raconté ses misères : « Au moment même ou je vous parle, j'éprouve un vif désir de vous étrangler ; mais je me retiens. » Cet aveu sincère m'engagea à mettre un peu brusquement fin à la conversation. Cet homme n'avait pourtant jamais cédé à ses impulsions.

Passons à un dernier point ; il est de la plus haute importance.

Je vous ai dit que la conservation de la lucidité mentale était le grand caractère des obsessions.

Je suis obligé d'en rabattre dans une certaine étendue ; il est des obsessions qui, après avoir longtemps inquiété l'intelligence, finissent par empiéter sur elle. Dans ces cas peu fréquents, mais d'une grande importance, au point de vue scientifique, il faut convenir que les obsessions tournent

à la folie, et quittent le domaine de la volonté pour s'installer dans celui de l'intelligence.

Mais je ne veux pas insister sur ce point, qui exigerait de trop longs développements. Qu'il me suffise de vous dire que jamais les obsédés ne tombent en démence, et que rarement, bien rarement, ils se laissent glisser dans l'aliénation mentale ; mais enfin, il est des cas où la raison fléchit. Si nous voulons rester dans la règle, nous dirons que, presque toujours, les obsédés, surtout ceux qui appartiennent au type ergoteur, disposés à fendre les cheveux en quatre, restent toujours lucides. Tourmentants, tourmentés eux-mêmes et horriblement fatigants pour les autres, ils ne franchissent jamais le Rubicon et restent toujours en deçà.

Le pronostic des obsessions est donc excessivement grave, car jamais elles ne guérissent ; mais il faut le taire aux malades, car rien ne les afflige plus qu'un pareil aveu.

Rappelons-nous plutôt que la maladie procède par bouffées et par rémissions, par des rémissions qui peuvent souvent être très prolongées et simuler pour quelque temps l'apparence d'une guérison.

Parmi les causes qui peuvent produire une aggravation, il faut signaler le surmenage, les chagrins, les fatigues, les soucis, les diverses phases de la vie génitale, la puberté, la grossesse, la puerpéralité, la ménopause. Il faut aussi signaler les excès vénériens et la masturbation, dont l'influence est toute spéciale ; enfin, les maladies vulgaires, parmi lesquelles il faut indiquer les affections utérines et cardiaques.

Messieurs, l'influence du traitement est immense, un grand nombre d'obsédés éprouvent, sous l'influence d'une médication bien dirigée, des améliorations vraiment consolantes.

Je conseille d'abord le traitement moral, le repos, la tranquillité, la maison de santé s'il est possible, les déplacements, les voyages, les toniques généraux et spécialement les toniques cardiaques, enfin, les douches et le bromure de potassium.

Mais je m'oppose absolument à l'emploi, ou plutôt à l'abus de la morphine qui, si elle donne des améliorations passagères, finit par devenir un remède pire que le mal. Je veux

signaler ici la morphinomanie dont vous connaissez les conséquences funestes et presque toujours inévitables.

Messieurs, j'espère que vous pourrez tirer des considérations qui précèdent des conséquences pratiques et utiles. Il ne faut jamais croire à la guérison des obsessions ni des obsédés, mais il ne faut jamais les abandonner ni en désespérer, car, comme vous voyez, ils peuvent obtenir des résultats pratiques qui équivalent presque à un triomphe définitif, et peuvent faire prendre aux malades leur mal en patience : résultat immense et qu'il ne faut jamais oublier, car comme le disait Chomel : « La médecine est un art qui guérit quelquefois, qui soulage souvent et qui console toujours ». Nous aurions voulu joindre un article bibliographique à cette leçon, mais l'espace nous a manqué.

APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

DE L'HYPNOTISME [1]

Par le docteur J. Luys.

Messieurs,

Après avoir passé en revue les diverses phases du grand et du petit hypnotisme, après vous avoir montré les conditions physiologiques nouvelles dans lesquelles se trouvent incidemment placés les sujets, il me reste à vous faire voir quel parti on peut tirer, au point de vue thérapeutique, des états nouveaux du système nerveux qu'on a développés artificiellement en eux, et dans quelles limites il est possible d'utiliser les forces nouvelles ainsi mises en éveil.

Des miroirs rotatifs. — Les applications de la somniation hypnotique au traitement des maladies du système nerveux n'est encore aujourd'hui qu'à ses débuts ; mais, il faut bien le dire, les résultats obtenus par cette nouvelle méthode de traitement, aussi bien à Paris, qu'à Nancy et ailleurs, sont suffisamment nombreux et authentiques, pour qu'on puisse les considérer dès maintenant comme un moyen nouveau de thérapeutique active.

Seulement, dès le début se dresse devant nous un obstacle restrictif, — la méthode n'est pas applicable à tous les individus, elle ne peut être mise en œuvre que chez certains sujets prédisposés et, par cela même, elle est soumise à une certaine sélection. Le problème consiste donc, non pas tant à diriger les actions hypnotiques d'une façon méthodique, qu'à élargir le cercle des élus et à rendre éligible le plus grand nombre. Il s'agit donc de faire apparaître chez des sujets en apparence réfractaires certaines aptitudes hypnotiques qu'ils possèdent plus ou moins à l'état latent.

C'est donc dans cette direction que les efforts des médecins doivent se diriger, de façon à multiplier le plus possible le nombre des sujets hypnotisables, car l'effet hypnotique étant produit, on peut dire que la guérison est presque certainement assurée.

(1) Voir Luys : *Leçons de l'hypnotisme dans leurs rapports avec la pathologie mentale*.. In-8° avec planches. — Paris, 1889. Chez Carré, éditeur.

C'est dans cet ordre d'idées que je me suis mis à chercher des procédés plus expéditifs et plus puissants que ceux employés jusqu'à présent, tel que la fixation prolongée du regard, tel que la présentation d'un objet brillant au-devant du front, ainsi que le conseille Braid, tel que la répétition d'un son monotone aux oreilles du sujet, etc.

En présence, en outre de l'infidélité des résultats obtenus chez un certain nombre de sujets à moitié dociles, de la fatigue imposée au médecin, des pertes de temps et d'attention, j'ai pensé à mettre en œuvre des moyens mécaniques, des objets brillants en rotation, en utilisant l'action de l'objet brillant par lui-même et l'action de cet objet en mouvement. L'instrument était tout trouvé et réalisé pratiquement dans cet engin de chasse que l'on emploie pour attraper les alouettes, le miroir à alouettes, lequel est constitué, comme chacun de vous le sait, par une série de petits miroirs plaqués sur une pièce de bois se mouvant dans le sens horizontal et réfléchissant autour d'eux dans tous les sens des vibrations lumineuses. Faisant immédiatement l'application de cette idée théorique, je constatai non sans étonnement que l'action spéciale de ces miroirs rotatifs, qui fascinent l'œil des alouettes, exerçait les mêmes actions fascinatrices sur l'œil humain, et qu'au bout de quelques minutes, des sujets non hystériques, placés devant ces appareils en mouvement, tombaient dans un état de sommeil spécial, caractérisé par de l'anesthésie cutanée et de la catalepsie des muscles avec perte de connaissance.— Je reconnus que ce sommeil spécial, qu'en raison des conditions de sa production je propose d'appeler *sommeil mécanique*, était apte à déterminer un état nerveux tout particulier, diminutif du grand hypnotisme, et que, au point de vue des applications thérapeutiques, il présentait des ressources d'un intérêt tout nouveau.

Muni de ce précieux moyen d'action, agissant d'une façon continue et je dirais même d'une façon certaine et rapide, je pus donc, ainsi que je vais en faire passer des spécimens variés sous vos yeux, étendre le cercle des actions hypnotiques à un grand nombre de sujets atteints de maladies du système nerveux, que l'on n'avait pas jusqu'à présent songé à faire bénéficier des avantages du sommeil hypnotique. C'est ainsi qu'après avoir produit la somniation chez les sujets hystériques d'abord, puis chez les épileptiques francs, je suis arrivé à en faire l'application aux maladies organiques du système nerveux qui, à ma grande surprise, ont été très nota-

blement amendées. J'ai pu successivement agir chez des tabétiques, chez des hémiplégiques, chez des paraplégiques, chez des choréiques, et, dans ces derniers temps, chez des saturnins avec paralysie des extenseurs, et chez un autre sujet atteint de paralysie agitante que je vous présenterai tout à l'heure et dont l'amélioration, en six semaines de traitement, a fait des progrès véritablement extraordinaires (1).

La mise en œuvre des miroirs rotatifs est donc destinée à prendre une grande place dans la thérapeutique hypnotique, attendu qu'elle a un caractère pratique et qu'elle est absolument sans danger. Elle étend le champ des actions hypnotisantes sur un plus grand nombre de sujets, et elle permet d'agir avec une plus grande rapidité et une puissance d'action jusqu'ici inconnues aux autres agents. Elle évite par conséquent la fatigue au médecin qui peut, à l'aide d'un seul appareil, hypnotiser à la fois un grand nombre de sujets, c'est ainsi qu'on peut dire que c'est un agent thérapeutique actif, rapide et infatigable.

L'action thérapeutique des miroirs rotatifs peut être employée : 1° soit seule ; 2° soit combinée avec l'électricité ; 3° soit combinée avec les suggestions.

Il est de toute nécessité, avant de commencer l'hypnotisation, que le sujet soit parfaitement consentant à l'opération qu'on lui demande, et qu'il désire même être endormi. Ce point obtenu, le manuel opératoire est des plus simples ; on doit le placer d'abord dans une chambre isolée, loin du bruit et des agitations du milieu ambiant, on le fait asseoir dans un fauteuil qui lui permette de reposer sa tête à l'aise ; puis on présente devant lui, à hauteur de ses yeux, sur un support quelconque, le miroir en rotation. Une fois en présence de ce miroir, l'œil du sujet suit ses mouvements ; il prend le contact avec lui et le fixe attentivement ; au bout de quelques minutes, dans les cas favorables, deux, quatre, six, les paupières se fatiguent, elles se rapprochent insensiblement et se ferment, la tête se renverse en arrière et le sujet dort d'un sommeil qui paraît le sommeil naturel.

Et, si vous l'examinez maintenant, vous constaterez que ce n'est pas du sommeil naturel dont il est envahi. Le sujet est en plein plongé dans l'état de fascination dont je vous ai parlé précédemment. Il présente, en effet, en réduction, les éléments caractéristiques du grand hypnotisme qui se sont fusion-

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux, séance du 22 mars 1889.

nés en lui. Ainsi, il a l'anesthésie générale de l'état léthargique, la plasticité des membres de l'état cataleptique, il a la crédivité et le timbre spécial de la voix de l'état somnambulique ; de plus, il est apte à s'imprégner de suggestions et à les exécuter. Il présente donc, comme je vous disais, sous une forme réduite, le véritable fusionnement des différents symptômes que nous avons précédemment passés en revue.

La durée de ce sommeil spécial peut se prolonger pendant plusieurs heures, le réveil a lieu naturellement lorsque le sujet est abandonné à lui-même : pendant tout le temps de ce sommeil la physionomie est calme et tranquille, elle exprime une véritable béatitude.

Lorsque l'on veut provoquer le réveil, la chose doit s'opérer avec douceur et méthode ; on dit au sujet, par exemple, en lui parlant bas à l'oreille : Vous allez vous réveiller dans une minute, et, à votre réveil, vous serez gai et content. L'incitation impérative chemine tout doucement, sans secousses, dans le cerveau, et, au bout du temps marqué, le sujet se réveille avec une physionomie de satisfaction.

Ce procédé de somniation ne produit pas, en général, d'emblée un sommeil profond : l'action n'est au début que très superficielle ; au moindre bruit le sujet se réveille, mais, au bout de trois ou quatre séances, l'action somnifère des miroirs se prononce, et l'on voit les sujets, de plus en plus fascinés, tomber dans un profond sommeil ; ils peuvent même, au bout d'un certain temps, descendre peu à peu en période de léthargie profonde.

Les sujets qui ont été ainsi traités deviennent au fur et à mesure d'une sensibilité exquise, et, au bout d'un certain temps d'entraînement, il n'est plus nécessaire d'avoir recours, vis-à-vis d'eux, aux miroirs rotatifs ; ils tombent avec une instantanéité vraiment surprenante de l'état de veille consciente à l'état de fascination inconsciente, rien que par la présentation de deux doigts devant leurs yeux. Je vous montrerai tout à l'heure des cas de ce genre, et je réitère la recommandation dont je vous ai déjà parlé, en présence de cette susceptibilité si spéciale de certains sujets, de leur répéter de ne se laisser endormir par aucune personne autre que moi, ou désignée par moi.

1° *Action isolée des miroirs rotatifs.* — Cette action isolée se résume à produire le sommeil mécanique chez un sujet, par un miroir en rotation, et à le laisser dormir ainsi tranquille

pendant vingt à trente minutes par séance, sans lui donner de suggestion.

Cet état de somniation du cerveau, que l'on provoque mécaniquement, et qui se manifeste par des réactions si spéciales, anesthésie des téguments, plasticité des muscles, crédivité somnambulique, etc., cet état, dis-je, paraît avoir des propriétés sédatives véritablement extraordinaires — nous voyons, en effet, tous les jours, un certain nombre d'anciens malades, névropathiques de toutes variétés, qui ont été tellement soulagés par cet état de sommeil d'origine mécanique, qu'ils viennent spontanément tous les huit ou dix jours se faire hypnotiser à nouveau, pour bénéficier du bien-être qu'ils en éprouvent, comme nous voyons les morphinomanes recourir à la piqûre de morphine qui les a une première fois soulagés.

Ainsi, dans les cas d'insomnie prolongée, de fatigue cérébrale, de sensation d'étourdissement et de vertige, chez certains sujets épileptiques vertigineux, soumis à des attaques de colère irrésistibles, l'action quotidienne du sommeil mécanique a amendé d'une façon tout à fait caractéristique les troubles nerveux sus-indiqués. — Bien plus, dans le domaine des régions intellectuelles, nous avons pareillement obtenu des résultats inattendus ; chez une dame névropathique dont la mémoire et les forces d'attention cérébrales étaient insuffisantes pour accomplir un labeur donné (prendre et retenir des leçons d'anglais), nous avons pu, en produisant chez elle le sommeil, je dirai même à notre insu, lui donner ce qui lui manquait ; je dis à notre insu, car quelques jours après la séance où elle avait été endormie, cette personne nous dit qu'elle s'était trouvée réconfortée par le temps de sommeil dans lequel elle s'était reposée à fond, ce qui lui avait permis d'être plus attentive et de retenir mieux les leçons qui lui étaient données et qui ne laissaient, jusqu'à présent, que des traces insuffisantes dans sa mémoire.

Dans le domaine des troubles du système nerveux, nous avons obtenu des résultats non moins surprenants, et en particulier chez ce sujet atteint de paralysie agitante, que je vous présente en ce moment, c'est la première fois que, depuis trente ans que je vois des malades semblables, j'ai vu survenir une amélioration aussi rapide et aussi accentuée.

Cet homme que vous voyez, jeune encore, et qui présente seulement quelques oscillations des mains, a été soumis au traitement hypnotique depuis six semaines ; sa maladie remonte à plusieurs années, elle a fait des progrès insensibles,

au point que dans les derniers temps, lorsqu'il est arrivé, les mouvements d'incoordination étaient tels qu'il ne pouvait plus porter depuis longtemps un verre d'eau à la bouche ; il était obligé de baisser la tête et, le verre étant sur la table, de boire en ne se servant que de ses lèvres ; la préhension des aliments solides était presque impossible ; le tremblement des mains était continu, il y avait raideur des muscles du cou et le facies typique avec immobilité des traits de la face, figés, immobiles sur le squelette osseux. Pour tous les médecins qui ont vu ce malade, le diagnostic paralysie agitante était indiscutable. Eh bien ! ce malade que vous voyez en ce moment-ci, qui a le teint coloré, le regard vivant, la tête parfaitement mobile, qui peut porter, comme vous le voyez, un verre d'eau à ses lèvres, qui se sent revivre, en un mot, qui a récupéré dans sa main droite une certaine dextérité qui lui a permis de m'écrire quelques paroles de remerciement ; cet homme, dis-je, doit cette récupération presque complète de toute sa santé, aux bienfaisants effets du sommeil hypnotique ; et au bout de combien de temps ce résultat si merveilleux a-t-il été obtenu ? Au bout de six semaines de traitement avec trois séances par semaine sans prendre aucun médicament !

Comment a agi cette médication empirique ? Quelles sont les régions profondes du système nerveux qui ont été mises en action, et qui ont pu ainsi contribuer à l'équilibration générale des forces nerveuses ? Je n'en sais absolument rien ; ce sont là de mystérieuses questions dont je laisse aux physiologistes futurs le soin de débrouiller les inconnues ; pour le moment contentons-nous des résultats acquis.

Voici encore un autre malade qui a dû au traitement employé une rapide amélioration ; amélioration d'autant plus intéressante que cet homme avait été déjà inutilement traité dans un hôpital spécial. Vous le voyez, c'est un homme d'une cinquantaine d'années qui, actuellement, exerce la profession de courtier en fonds de commerce, profession qui exige des marches prolongées ; il était atteint de tics dans la région de la nuque avec renversement subit de la tête en arrière ; il marchait ainsi dans les rues de Paris en attirant l'attention des passants par l'étrangeté de ces mouvements de la tête, amenant, au bout d'un certain temps, des sensations de vertige. J'entrepris son traitement : il fut soumis uniquement à l'action des miroirs rotatifs ; depuis six semaines, il vient trois fois par semaine se faire hypnotiser, et depuis ce temps ses troubles nerveux, si pénibles et doués d'un caractère

si répulsif, se sont tellement amendés, qu'il m'a dit, il y a près de trois semaines, avoir pu reprendre son travail quotidien comme autrefois, et n'avoir plus de tic dans le cou, si ce n'est le soir des jours où il s'est encore trop fatigué à marcher ; il se considère, du reste, comme à peu près guéri (1).

J'ai tenu à vous présenter ces deux malades, pour vous montrer l'heureuse intervention des procédés nouveaux dont je préconise l'emploi, et dont vous voyez les résultats aussi nets que rapides. Il y a évidemment là des faits suffisamment éloquents qui viennent appuyer tout ce que je vous ai annoncé.

J'ajouterai encore à tout ceci que, chez d'anciens hémiplégiques, chez d'anciens paraplégiques, frappés d'incontinence urinaire et des matières fécales, j'ai pu obtenir, à l'aide de cette méthode, non seulement l'arrêt de cette complication morbide, mais encore une certaine récupération de forces motrices, en vertu de laquelle ces sujets ont pu arriver à se mouvoir, à faire quelques pas dans la salle, choses qu'ils ne faisaient plus depuis plusieurs mois, et cette amélioration s'est faite pareillement en un très court délai.

2° *Action des miroirs rotatifs combinés avec l'électrisation.* — Je vous ai dit que les individus en période de sommeil mécanique présentaient, entre autres particularités, ce phénomène remarquable d'être complètement anesthésiques, de pouvoir être piqués, pincés et incisés même par un bistouri, sans en avoir la moindre conscience. Cette particularité spéciale d'insensibilité cutanée peut être très heureusement mise à profit au point de vue thérapeutique, car elle permet d'agir sur lui à l'aide de courants électriques qu'une peau à l'état normal ne pourrait pas laisser passer. C'est là, comme vous le voyez, un fait d'observation d'une très grande importance, qui peut ouvrir à l'électrothérapie des horizons nouveaux, puisqu'on peut ainsi employer des courants très puissants, qui peuvent aller exciter des muscles profonds, et raviver la puissance dynamométrique dans leurs fibres torpides. Cette méthode m'a permis de rétablir ainsi la puissance motrice chez un certain nombre de sujets dont les muscles, atrophiés et électrisés à l'état de veille, ne pouvaient pas être mis en contracture à cause de la sensibilité de la peau qu'il fallait traverser. Et ces mêmes muscles, à l'aide de courants plus forts, pouvaient être, chez le même sujet hypnotisé, mis en état de contraction.

(1) J'ai vu ce malade dans ces derniers temps et, après deux années révolues, j'ai constaté que la guérison s'est parfaitement maintenue.

Dans cet ordre de faits, je vous citerai particulièrement certains ataxiques dont les muscles des membres et du tronc, ainsi électrisés pendant leur sommeil, ont pu permettre au sujet, frappé d'impotence, de pouvoir se tenir debout et se promener dans la salle après un traitement de trois semaines.

Nous avons particulièrement usé de ce procédé chez un ouvrier peintre que je vais vous présenter, et qui est arrivé il y a deux mois dans mon service, avec une paralysie complète et une atrophie des extenseurs. Il y a quatre ans, cet homme a eu des accidents semblables, et n'a pu reprendre ses travaux qu'au bout de dix-huit mois ; actuellement, vous le voyez, les forces sont revenues dans les bras, la puissance motrice a été récupérée en partie dans les avant-bras, le sujet peut se servir de ses mains pour prendre ses aliments, boutonner ses vêtements, mouvements qu'il était complètement incapable d'accomplir il y a six semaines. Vous voyez qu'ici nous avons obtenu non seulement des résultats utiles, mais encore des résultats rapides, puisque la première attaque a nécessité huit mois de traitement, et la seconde a été guérie, sous notre direction, en deux mois et demi.

3° *Action des miroirs rotatifs combinés avec les suggestions.* — Une des particularités les plus remarquables de ces états de fascination que nous étudions en ce moment, est de développer chez les sujets des aptitudes aux suggestions.

On peut donc, chez eux comme dans le grand hypnotisme, leur imposer d'emblée des suggestions thérapeutiques qu'ils acceptent, qu'ils exécutent, et leur permettre de trouver dans cette opération un procédé facile et rapide de produire, ainsi que je vous en citerai des exemples, séance tenante, des guérisons de certaines anesthésies, avec une soudaineté qui pourrait passer comme véritablement miraculeuse.

Les sujets ainsi fascinés sont pareillement susceptibles d'obéir à des suggestions immédiates ou à distance.

Lorsqu'il s'agit de suggestions immédiates, et en particulier de suggestions relatives à la récupération de la sensibilité dans tout un côté du corps, il est bon de procéder avec une certaine prudence, et de préparer le sujet à l'opération dont il va être l'objet, sous peine, en effet, de voir éclater des perturbations profondes du côté de l'innervation cardio-pulmonaire.

Au début de ces études, j'ai été témoin de phénomènes d'une haute gravité dans cet ordre d'idées.

Dans une circonstance donnée, chez une jeune femme entrée

dans mon service pour y être traitée d'une hémi-anesthésie hystérique, je la mis rapidement en état hypnotique et lui donnai la suggestion de récupérer à son réveil la sensibilité dans tout le côté paralysé. La chose s'exécuta ponctuellement, et l'anesthésie disparut tout entière au moment du réveil ; mais quelle ne fut pas ma surprise d'apprendre, le lendemain matin, que cette jeune femme, deux heures après l'opération, avait été prise d'anxiété insolite, de suffocations répétées avec toux opiniâtre et expulsion de sérosités bronchiques, abondantes et sanguinolentes ; le tout suivi d'une arythmie cardiaque et de paralysie du diaphragme suivie d'apnée. Les symptômes qui arrivèrent rapidement, sans cause appréciable connue, à cet état de gravité insolite, se prolongèrent une partie de la journée et furent amendés le lendemain seulement ; dans mon entourage, l'origine de perturbations subites cardio-pulmonaires resta inconnue ; mais, quant à moi, en raison de la rapidité de l'invasion et des caractères spéciaux de l'innervation cardio-pulmonaire, je n'hésitai pas à penser qu'il s'agissait là d'un véritable trouble survenu dans les foyers d'innervation centrale par le fait du rétablissement des courants sensitifs dans la partie du corps préalablement paralysée, ceux-ci ayant dérivé à leur profit une portion de l'influx nerveux condensé dans les centres.

Chez un homme atteint d'une hémiplégie sensitive et traité d'une façon trop rapide, j'ai constaté pareillement, aussitôt après le retour de la sensibilité, des anxiétés respiratoires subites avec anhélation, phénomènes, du reste, qui n'ont été que passagers, et ont disparu au bout de quelques heures.

Les sujets étant très nettement plongés dans l'état de fascination, on peut leur donner toutes les suggestions les plus variées, destinées à amener la guérison de leurs états morbides. Ainsi, après certains entraînements préparatoires aux individus frappés d'anesthésie ou d'hémi-anesthésie, d'anesthésie bilatérale ou unilatérale, on leur donnera la suggestion de ne plus être anesthésiques au moment du réveil.

Chez un sujet frappé de monoplégie brachiale, dont je fis constater l'existence par deux de mes collègues de la Charité, je le guéris instantanément après quelques séances d'entraînement, en lui disant qu'au réveil, il allait pouvoir mouvoir volontairement son bras. Le retour de la motricité s'effectua instantanément et le malade, guéri, put sortir de l'hôpital et

reprendre ses fonctions de cocher ; cette monoplégie datait de plus d'une année.

Chez deux sujets actuellement dans nos salles, atteints tous deux de myélite chronique et de constipation, datant, chez l'un, de sept jours, et, chez l'autre, de dix-sept jours, avec ballonnement du ventre, nous avons pu guérir les constipations par des incitations suggestives instantanées. — On se préparait, chez le deuxième sujet, à employer les grands remèdes, tels que les courants continus ; toutes les autres médications, drastiques et laxatives, ayant continuellement échoué, j'eus alors l'idée de pratiquer l'hypnotisme à l'aide des miroirs et de suggestionner ces deux sujets d'aller à la garde-robe aussitôt le réveil. — Ceci se passa en pleine salle, en présence de tous les assistants habituels, qui furent aussi surpris, comme moi, d'entendre le malade, aussitôt réveillé, réclamer immédiatement le bassin pour aller à la garde-robe, ainsi que je lui avais prescrit. Depuis cette époque, cette constipation opiniâtre fut vaincue.

Chez les hystériques et chez les épileptiques à grandes attaques, le traitement par les suggestions, méthodiquement pratiqué, soit tous les deux jours, soit deux fois par semaine, est susceptible d'amener encore des effets très satisfaisants. Les suggestions à donner consistent seulement à éloigner les attaques et à diminuer leur intensité.

On crée ainsi par la suggestion dans le cerveau une sorte de préoccupation latente, qui fait que les sujets sont toujours tenus en arrêt. Elle agit ainsi inconsciemment (sur les *déclanchements internes* qui produisent les attaques), et un grand nombre d'entre eux racontent qu'ils sentent leurs attaques avorter, et qu'au moment où elles devraient avoir lieu, il se passe en eux quelque chose d'insolite, des éblouissements, des vertiges, et que tout s'arrête là. Chez les sujets épileptiques et hystériques, entrés dans notre service pour y être traités d'attaques revenant tous les trois ou quatre jours, nous avons pu ainsi espacer leur retour, et chez un jeune sujet, qui a quitté l'hôpital depuis dix mois, j'ai pu constater qu'il avait pu reprendre son travail de typographe sans la moindre crise. Il vient seulement une ou deux fois par mois, lorsqu'il se sent trop nerveux, comme il dit, se faire hypnotiser et calmer ses nerfs.

Dans le traitement de la morphinomanie, nous avons pareillement employé la suggestion avec quelque succès : on donne par exemple, au sujet, la suggestion de diminuer progressi-

vement la dose de morphine injectée, et d'habitude, on arrive à une diminution méthodique, mais, il faut bien le dire, chez ces sujets imprégnés de morphine, les réactions du système nerveux sont très souvent infidèles et les suggestions ne sont pas durables ; le sujet obéit aux suggestions tant qu'il est à l'hôpital, mais quand il a été amendé, il demande sa sortie, et une fois dehors, au bout d'un temps variable, il revient bien vite à ses inévitables habitudes (1).

(*A suivre*).

HYSTÉRO-SYPHILIS

par A. Fournier.

Depuis quelque temps, on a été amené à admettre que l'hystérie peut se développer sous l'influence de la syphilis au même titre que sous l'influence de diverses intoxications. En voici un exemple curieux :

Le malade que je vous présente est un jeune homme de vingt-quatre ans, sellier de son état, atteint de syphilis au mois de mai dernier. Au mois d'août, il commence à éprouver des troubles nerveux particuliers, lourdeur de tête, engourdissement des jambes, crises de larmes sans motif. Il se cachait dans les coins pour pleurer plus librement.

Une nuit, s'étant levé pour uriner, le malade tomba brusquement, sans perdre connaissance cependant ; quand on le releva, il ne pouvait plus parler, mais il poussait de véritables rugissements ; il était pris d'accès de rire violents. La parole revint le cinquième jour. Il existait de l'hémiparésie motrice et sensorielle du côté gauche. Le traitement spécifique amena une première fois une amélioration marquée des accidents spécifiques et névropathiques.

Le malade ayant brusquement quitté l'hôpital et cessé tout traitement, il lui revint d'abondantes plaques muqueuses. Bientôt réapparurent aussi les manifestations hystériques, et en particulier le rire bruyant et niais que vous lui voyez en ce moment. Ce rire éclate à propos de tout, mais surtout lorsque le malade fixe un objet brillant, une cuvette de montre par exemple, ou la flamme d'une lampe ou d'une bougie. Il lui est, à ce propos, arrivé au dehors diverses aventures plus ou moins désagréables. La lampe

(1) J'ai appris plus tard que la paralysie du bras était revenue à la suite d'excès alcooliques.

allumée, il ne pouvait replacer le verre sur la galerie, à cause du rire intense dont il ne pouvait se défendre. Entré dans un bureau de tabac pour allumer sa cigarette, il était pris d'un accès à la vue de la petite flamme du gaz ; sa main se crispait sur la poignée de l'allumeur, et les personnes qui attendaient leur tour l'invectivaient, croyant à une mauvaise plaisanterie.

Ce rire s'accompagnait, pour lui, d'une sensation très pénible d'angoisse thoracique et de constriction à la gorge. Lorsqu'on en provoque les accès, comme je le fais en ce moment, il supplie qu'on ne prolonge pas trop l'expérience.

L'intelligence est, du reste, parfaitement conservée.

Ce malade a été sujet, presque chaque jour, à heure fixe, depuis son séjour à l'hôpital, à de véritables crises d'obnubilation intellectuelle. Il ne savait plus alors ce qu'il faisait. Dans cet état, taquiné par les autres malades, il lui est arrivé de tirer un couteau de sa poche et de blesser l'un d'eux au bras, blessure heureusement très légère. C'est là un fait intéressant au point de vue médico-légal.

Cet homme n'était nullement nerveux avant de contracter la syphilis ; on ne peut démontrer chez lui l'existence d'aucune cause hystérogène. La syphilis seule peut être invoquée. Les femmes syphilitiques ont souvent des manifestations névropathiques, hystérogènes et neurasthéniques ; il peut donc en être de même chez l'homme (1).

(1) *Société de Dermatologie et de Syphilographie*, novembre 1891.

BULLETIN MENSUEL

DE LA

CLINIQUE HYPNOTHÉRAPIQUE DE LA CHARITÉ

Décembre 1891.

SALLE ANDRAL (femmes).

Malades nouveaux.

Alphonse C., 48 ans, typographe. *Sueurs nerveuses.*

Début de la maladie il y a 2 mois, qui commença par de grandes transpirations et des douleurs dans les jambes, surtout dans les genoux. Lorsqu'il voulait se lever il ressentait dans les jambes une raideur qui lui donnait de la difficulté pour marcher.

Quand il est debout il se trouve vite fatigué, à part cela il se porte bien, et n'a jamais été malade.

Continuellement il est en transpiration même sans faire aucun mouvement.

Il donne au dynamomètre ; à droite 35 k^os^ de pression, à gauche 32 k^os^.

Léger tremblement de la main droite par moment.

Il a fait abus du tabac.

On a commencé à le traiter par les transferts. Il commence déjà à être amélioré.

Victoire L., 62 ans. *Paralysie agitante.*

Cette malade, depuis sa jeunesse, a toujours été très nerveuse. Etant enfant, elle avait de fréquentes crises de nerfs.

Début de la maladie il y a 4 ans, qui commença par un tremblement dans la main gauche, puis la jambe, et à la suite tout le côté gauche ainsi que le droit.

Le 15 novembre, lorsqu'elle est venue dans le service, elle tremble beaucoup. Elle ne peut rester assise. Les jambes, lorsqu'elle est sur un siège, se contractent, elle est prise de transpiration et est obligée de se tenir debout. Dans cette position, les tremblements sont moins forts. Elle peut tenir un objet sans trembler. Peut faire le mouvement de porter sa main à sa tête ; elle a toujours été très constipée.

Elle éprouve des douleurs vives à la nuque, elle a des vapeurs qui l'envahissent à la tête.

Par moment elle ressent un point douloureux sous le cœur qui l'empêche de respirer.

Elle s'est soignée jusqu'alors sans résultat avec le bromure de potassium.

Le premier jour, elle a été mise devant un miroir, mais elle ne put rester assise. On la fit mettre debout en ayant soin de mettre deux aimants sous ses pieds, le lendemain on lui appliqua les couronnes d'aimant. Elle s'est trouvée soulagée et a pu, les jours suivants, subir le traitement assise, ce qu'elle n'avait pu faire le premier jour. Elle va continuer le traitement.

Malades anciennes.

Judith B., 21 ans. *Hystérie, névropathie, paralysie des extrémités inférieures.*

Cette malade est très impressionnable. Le mieux qu'elle avait ressenti était resté stationnaire à la suite d'une forte émotion ressentie en ces derniers temps. Les transferts ont été repris avec un sujet nouvellement utilisé et sous cette influence le mieux a repris d'une manière continue.

Léonie de B. *Hémiplégie gauche. Strabisme de l'œil gauche.*

Cette hémiplégie, quoique ancienne, s'améliore progressivement par l'emploi des transferts.

Madeleine P. (n° 4). *Hystéro-épilepsie.*

Les crises de cette malade diminuent peu à peu, quant à leur fréquence. Après chaque crise, un état d'hébétude spécial se manifeste, état qui dure une heure ou deux.

A peu près stationnaire.

Justine B., 31 ans. *Mouvements choréiformes de la tête et du tronc, état névropathique intense.*

Cette malade, dont nous avons publié l'observation le mois dernier, a quitté le service très notablement améliorée.

Marie P., 26 ans. *Neurasthénie, atrophie considérable des muscles interscapulaires.*

Partie dans le même état.

Joséphine T., 30 ans, cuisinière. *Vomissements cutanés depuis trois mois.* Guérison rapide.

La guérison de cette malade s'est intégralement maintenue.

Elle commence à servir de sujet transfert et obtient déja de très bons résultats au point de vue de la guérison des autres malades.

Marie P., 33 ans, papetière. *Chorée de langage. Mouvement choréiforme du tronc et des membres supérieurs.*

Partie même état.

Malades nouvelles.

SALLE ANDRAL.

Jeanne S., âgée de 20 ans, chez ses parents, réglée à 16 ans ; irrégularité habituelle. *Hystérie, perte de mémoire.* Guérison très rapide.

Il y a 4 ans, vomissements qui ont duré une fois trois mois, puis

deux années bonnes, puis reprise des vomissements pendant deux mois.

Il y a 15 jours, subitement un étourdissement se produit. A la suite de cet étourdissement, crises d'hystérie légères. Perte partielle de conscience. La malade se débat légèrement et cherche à se battre ou à se faire du mal.

Traitée chez elle par le bromure à hautes doses sans succès. Trois crises par jour.

Entrée à l'hôpital le 9 décembre.

Le 11, on commence le traitement par le miroir. En cinq minutes, la malade, qui n'avait jamais été hypnotisée, s'endort. Une première suggestion est faite.

Le 13, aucun traitement.

Le 14. La malade est guérie. La suggestion a complètement produit son effet. Les crises ont disparu.

15, 16, 17, maintien de cet état.

Depuis sa guérison, la malade est devenue très difficile à hypnotiser.

Salle Louis (hommes).

Malades anciens.

N° 2. Louis T. *Attaque d'épilepsie.*

Ce malade a quitté le service dernièrement quelque peu soulagé. Mais l'amélioration obtenue dans cette forme grave d'épilepsie n'est cependant pas notable.

N° 26. Henri D. *Contractures des extrémités inférieures d'origine traumatique.*

Ce malade peut maintenant marcher seul et sans se tenir au mur. Le mieux s'accentue progressivement.

N° 15. Louis W., 28 ans, emballeur. *Hystérie, somnambulisme, anesthénie, asthénie musculaire.*

Ce malade va beaucoup mieux. Tous les accidents ont disparu. Il a encore eu une crise, une seule, le mois dernier. Il commence à être employé comme sujet transfert.

N° 17. Jean (M.). *Hémiplégie droite.*

Ce malade est parti amélioré.

Consultation externe.

Salle Andral (femmes).

Em. L., 30 ans, couturière. *Hystérie, vertiges, éblouissements, tendance à oublier, sensation de battements artériels dans l'encéphale.*

Rien de spécial dans les antécédents. Mère morte d'une fièvre cérébrale. Père bien portant. Jamais d'affection quelconque avant cette maladie.

Il y a trois mois, début de la maladie par une sensation de lourdeur dans la tête, des étourdissements, des bourdonnements dans

les oreilles et surtout des élancements à la partie supérieure des fosses nasales.

Cet état se maintient avec les mêmes symptômes, malgré un traitement assez énergique de bromure de potassium. La malade ne peut vaquer aux soins du ménage et est souvent obligée de s'étendre dans la journée sur son lit. Il lui est même souvent impossible de conserver la position verticale, même assise.

Traitée d'abord par les miroirs, faible amélioration. Mais la combinaison du traitement par les miroirs avec le traitement par les transferts a amené une amélioration très rapide et la malade est actuellement presque entièrement guérie.

Malades nouveaux. — Consultation externe.

Anguste D.,19 ans, employé. *Etouffements, affaiblissement du diaphragme.*

Père bien portant. Mère nerveuse.

Bien portant jusqu'en avril 1891. Cependant, à 13 ans croit avoir eu une crise de nerfs.

Le 12 avril 1891, le malade est tout à coup pris de contractions spasmodiques du diaphragme qui déterminent des accès d'étouffement très douloureux et très pénibles.

Entré à l'hôpital le 15. Il fut traité à cette époque par les transferts et de suite, fut bien guéri. La guérison se maintint jusqu'à la fin de mai. A ce moment le malade a eu une crise après une dispute violente avec un camarade.

Deux jours après cette crise, reprise des étouffements. Le malade revient faire quatre transferts et se trouve de nouveau soulagé.

Le 25 juillet, reprise des étouffements. Quatre transferts les guérissent. La guérison se maintient jusqu'à décembre.

Le 5 décembre, le malade est pris d'un accès de tristesse, suivi d'une crise à la suite de laquelle les étouffements reviennent.

Quelques transferts ont eu encore raison de cet état.

Baptiste, employé de commerce, 51 ans. *Céphalée ancienne. Oscillations latérales impulsives dans la marche. Impossibilité de marcher droit. Perturbations cérébelleuses. Amélioration rapide.*

Aucun antécédent de famille, pas d'habitudes alcooliques, pas de syphilis, pas de maladies antérieures, bonne santé physique. Emotions morales. Pertes d'argent.

Début il y a sept à huit mois. A la suite de chagrins prolongés, il sentit une faiblesse profonde dans les extrémités inférieures ; les fonctions générales très bien conservées. Ne se sentant pas l'équilibre, marchant à droite et à gauche, se cognant à gauche et à droite et tomba à terre à la suite d'un choc.

Les mouvements des mains troublés même pour écrire ; les doigts écrivaient par saccades irrégulières ; il y avait trois caractères graphiques à écrire et put n'en écrire que deux.

Douleur de tête sur l'encéphale, intermittente, sourde, profonde,

disparaissant le soir ; sensation de casque. La déséquilibration des mouvements était le seul symptôme. Peu de troubles de sensibilité du côté de la vue.

Le traitement par l'électricité n'a rien produit, pas de résultats appréciables.

Arrivé dans le service le 25 décembre 1891. Le traitement a été fait à l'aide du transfert et du miroir.

Depuis dix jours, le malade constate une amélioration notable, l'équilibre est moins troublé ; il peut écrire régulièrement ; la céphalée n'a pas reparu.

Gaston H., 15 ans. *Neurasthénie. Ischémie cérébrale. Vertiges, asymétrie crânienne.*

Ce jeune homme, employé de commerce, est atteint de crises épileptiques revenant à intervalles rapprochés et accompagnés de perte de connaissance. Ses parents ne présentent aucune tare héréditaire. Il a une sœur plus jeune, très impressionnable et atteinte de tics nerveux irréguliers. Lui a eu des convulsions dans son enfance. Il est bien constitué physiquement. Seulement il présente une asymétrie crânienne des plus caractéristiques et qui est vérifiée par le tracé d'un conformateur céphalique. Il fournit une note relative aux symptômes spéciaux qu'il présente :

« Depuis un an environ, je ressens certains malaises qui ont des symptômes assez différents.

Lorsque j'étais en classe, il m'arrivait fréquemment des étourdissements subits suivis d'une violente migraine qui me durait le restant de la journée.

Ceci ne m'était pas revenu depuis cinq ou six mois. Mais ces jours derniers, j'en fus repris plusieurs fois avec plus d'intensité. Puis, les symptômes changèrent, et voici ce que j'éprouve :

Il me semble que ce qui se passe autour de moi coïncide exactement avec ce qui s'est passé il y a un certain temps et qui s'est gravé dans ma mémoire. Il me vient un étourdissement ; puis, une forte douleur en haut de la narine gauche et qui m'empêche de respirer par le nez. Je suis alors en proie à un cauchemar qui me dure deux à trois minutes.

Après cela, une sueur abondante et froide et un mal de tête violent.

J'ai eu deux séries d'attaques de ce genre en l'espace de quinze jours. La semaine dernière, j'en ai eu cinq le même jour.

Cela me vient aussi sous d'autres formes, quelquefois ce sont des envies de bâiller que je ne puis arriver à satisfaire ; d'autres fois, des hoquets continuels ; des crises de nerfs.

Mes parents me reprochent souvent de leur dire que je suis persuadé de mourir dans une crise de ce genre. Mais, j'en suis tellement convaincu, que je n'écoute plus aucune protestation de leur part. »

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix Frères.

ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

DE L'HYPNOTISME

Par le docteur J. Luys (*Suite*).

Technique des suggestions. — Chez les sujets plongés dans l'état, soit de petit, soit de grand hypnotisme, s'il s'agit de troubles nerveux récents à traiter, sans lésions anciennes, les procédés à employer pour les suggestionner sont très simples : ils consistent, comme nous l'avons indiqué déjà, à donner impérativement au sujet l'ordre de ne plus avoir au réveil la maladie dont il souffre, de ne plus être paralysé de la sensibilité du bras, de la jambe, etc. La plupart du temps, ces réactions curatives s'opèrent d'une façon instantanée. Seulement il faut bien prendre garde que les résultats, aussi rapidement obtenus, ne sont pas toujours durables ; pour les fixer d'une façon définitive, il faut revenir à plusieurs reprises et suggestionner à nouveau le sujet.

En général, la durée de la suggestion paraît en rapport avec la durée du sommeil préparateur ; ainsi, chez un anesthésique qui ne dormait que dix à quinze minutes, la sensibilité reparaissait au réveil, et durait deux heures, deux heures et demie, trois heures et lorsque je le fis dormir une demi-heure et même une heure, j'obtins ainsi au réveil une fixité de la sensibilité beaucoup plus prolongée et persistant

huit et dix heures. D..., qui dans les premiers temps du traitement n'avait récupéré sa sensibilité que d'une façon instable, finit par la récupérer d'une façon définitive, par des séances quotidiennes et prolongées ; il y a actuellement une année que la curation a été faite, et la sensibilité a persisté.

Dans les cas de grand hypnotisme, et surtout quand il s'agit de ces paraplégies prolongées, comme on en rencontre si fréquemment chez les hystériques, il est rare qu'une suggestion extemporanée réussisse d'emblée. Il faut avoir recours à des procédés variés, employer des moyens d'approche successifs et ne donner l'assaut définitif, qu'après avoir longtemps à l'avance préparé le terrain.

Vous connaissez tous ces cas de paraplégie chronique, que l'on rencontre chez les sujets hystériques, survenus à la suite de crises, et qui persistent malgré tous les moyens thérapeutiques, employés dans l'état stationnaire. Ces malades, que l'on garde par habitude dans les services de médecine, après avoir inutilement employé toutes les médications usuelles, sont justiciables des procédés de la thérapeutique hypnotique au premier chef et, dans une certaine limite, peuvent être très efficacement traités.

J'ai actuellement à mon actif une certain nombre de guérisons de ce genre traitées suivant les procédés que je vais vous indiquer.

Le sujet frappé d'impuissance motrice et d'anesthésie étant, par un procédé quelconque, mis en état hypnotique, on le fait passer en somnambulisme lucide ; par ce fait même, il est directement suggestionnable et exécute ce qu'on lui dit de faire. On lui dit d'abord, par suggestion, de remuer ses membres sur place, il les remue ; puis, de sortir du lit, il descend ; de se tenir debout, il le fait encore ; et de marcher, il exécute ce qu'on lui dit.

Ces opérations successives ne se font pas toujours avec la même régularité ; pour arriver à ce résultat, il faut employer plusieurs séances, et même avoir recours à certains moyens détournés ; un de mes élèves alors, M. le docteur Foveau (de Courmelles), dit un jour à Gabrielle C...., atteinte d'une paraplégie datant de sept mois, qui avait résisté à tous les moyens de traitement : — qu'elle n'était plus Gabrielle (après l'avoir hypnotisée bien entendu), qu'elle était Anna, son amie, laquelle était tout à fait alerte. Elle accepta ainsi le changement de personnalité ; elle prit les gestes, les intonations de son amie, elle s'incarna si bien en elle, que grâce à cette substitution de

personnalité, M. Foveau put lui dire un jour : « Anna, viens avec moi et marche. » La suggestion réussit au complet, et, à partir de ce jour, la malade entra en convalescence (1).

Le sujet paraplégique, incapable de se mouvoir sous l'action de muscles volontaires, est donc capable de marcher sous l'incitation venue d'autrui, sous forme de suggestion. On le laisse ainsi dans cette période de somnambulisme aller, venir se promener même, pendant un certain nombre d'heures ; et alors on assiste à ce spectacle étrange de cet individu somnambulique, dont les yeux sont ouverts, qui répond à tout ce qu'on lui dit, et qui va, qui vient, qui marche librement, sans se soucier de son état, et cela d'une façon tout à fait inconsciente. Il paraît avoir à sa disposition toutes ses énergies motrices, et cependant il n'en est rien ; car, vient-on à le réveiller instantanément, le charme est rompu et il retombe tout d'un coup dans son impotence primitive qui est toujours sous-jacente.

Les facultés locomotrices étant ainsi, au point de vue de leur mécanisme, remises en éveil par ce moyen détourné, pour parfaire la guérison il ne reste plus qu'à les rétablir dans leurs rapports naturels avec les sources d'incitation psycho-motrices volontaires. Le sujet étant placé en période de somnambulisme, on lui donne alors la suggestion définitive ainsi formulée : « Tu vas te réveiller au bout d'une minute et, à ton réveil, tu feras dix pas. » L'action s'opère régulièrement, les dix pas sont faits et le onzième reste impossible. Le lendemain on sollicite vingt pas, puis le surlendemain trente pas, puis, au bout de trois ou quatre jours, on ordonne au sujet de marcher librement.— C'est à l'aide de ces procédés simples et méthodiques, qu'il nous est arrivé de faire, dans ce domaine spécial de la neurologie, des guérisons véritablement miraculeuses, et chez des sujets qui étaient impotents depuis douze à quatorze mois.

De l'hypnotisme dans la pathologie mentale. — Dans le domaine de la pathologie mentale, l'intervention des pratiques de l'hypnotisme ne m'a pas encore donné des résultats aussi précis que dans tous les autres cas classés de la pathologie nerveuse, et cela par le fait d'une cause toute naturelle qui est l'essence même de la folie. Dans ce domaine

(1) Luys. Nouveau cas de guérison de paraplégie hystérique par la suggestion hypnotique (Leçon recueillie par M. le docteur Foveau), (de Courmelles). *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 446.

spécial, en effet, la première condition indispensable pour produire l'état hypnotique, l'acquiescement du sujet — ainsi que son attention prolongée — est complètement irréalisable ; or, nous savons tous combien il est difficile de fixer l'attention d'un aliéné, combien la suractivité automatique des régions psychiques est intense et incoercible, puisque c'est précisément elle qui est cause du délire. Allez donc demander à un agité de rester quelques minutes tranquille ! à un halluciné, à un persécuté, de fixer son regard sur un miroir en rotation ! Autant lui demander de faire un acte raisonnable et correct.

Dans l'état actuel des choses, nos moyens d'action pour diriger hypnotiquement les processus de la pathologie mentale sont complètement insuffisants, et j'estime que, si on peut jamais produire l'état hypnotique chez les aliénés, il faudra avoir recours à d'autres procédés que ceux que nous employons journellement, et entrer dans leur for intérieur par d'autres portes que celles des impressions visuelles.

Mais, si, dans les périodes aiguës de l'aliénation mentale, on ne peut rien tenter d'utile pour rétablir l'harmonie des fonctions cérébrales, dans les périodes de détente de la maladie, dans les intervalles lucides, chez certains sujets atteints d'hystérie latente, on peut, avec certaines chances de succès, arriver à produire d'heureux résultats à l'aide de l'hypnotisme.

Dans certaines formes de la paralysie générale au début, chez des sujets calmes, atteints de délire tranquille et de délire de satisfaction, la vue d'un objet brillant les fascine et les calme ; mis en présence des miroirs rotatifs, ils les fixent et s'endorment, et ils trouvent, dans cet état de sommeil artificiel, une véritable récupération des forces motrices inespérée. Le repos des nuits devient réparateur, et j'ai vu des sujets, ainsi traités, récupérer, d'une façon notable, une certaine dose d'énergie physique et mentale (1).

Chez des jeunes filles atteintes de troubles des facultés mentales (excitations délirantes), de nature hystérique, j'ai pu déterminer, dans certains cas, le sommeil hypnotique et être frappé de la rapidité extraordinaire avec laquelle je pouvais produire l'hypnose, et surtout de l'action véritablement manifeste que l'état hypnotique exerçait sur la rapidité de la convalescence. Ainsi, j'ai vu certains sujets, dont la conva-

(1) Voir la communication que j'ai faite à la Société médicale des hôpitaux, séance du 12 avril 1889.

lescence, dans les conditions normales, aurait exigé deux ou trois mois de traitement, et qui, en quinze jours, à partir du moment où ils ont été hypnotisés, se sont relevés rapidement et ont pu être rendus, à bref délai, à leur famille.

Ainsi, quoique nous ne puissions pas obtenir en pathologie mentale, jusqu'à présent, des succès aussi éclatants et aussi nombreux que ceux que nous avons signalés dans les diverses formes vulgaires des névropathies, j'estime néanmoins que, dans ce cadre spécial, il y a des recherches nombreuses à faire, et qu'à l'aide de méthodes nouvelles, il sera possible d'obtenir des résultats plus sérieux. Pour le moment, nos moyens d'action sont très limités, mais néanmoins ils peuvent compter pour quelque chose, puisqu'il nous est possible de diminuer l'intensité de certains symptômes, d'éteindre certaines hallucinations lorsqu'elles ne sont qu'au début et, avec elles, certaines idées de persécution qui jouent un rôle si considérable dans les diverses perturbations mentales.

J'ajouterai encore à cette liste les résultats avantageux de l'application du sommeil mécanique à certaines formes de la paralysie générale au début, et que j'ai vues très notablement améliorées (1).

Applications chirurgicales. — Au début de l'apparition de l'hypnotisme, alors que Braid avait montré que les sujets hypnotisés étaient insensibles aux excitations extérieures, les chirurgiens eurent l'idée d'employer cette pratique pour faire certaines opérations. Effectivement, un certain nombre d'entre eux eurent l'occasion de la mettre à l'essai et d'en tirer quelques avantages. Mais, depuis la merveilleuse découverte du chloroforme, au point de vue de l'anesthésie chirurgicale, ces tentatives furent très justement laissées dans l'oubli.

Actuellement, les applications de l'hypnotisme à la thérapeutique chirurgicale sont complètement nulles, puisqu'elles ne s'adressent qu'à une population restreinte, la classe des hypnotisables ; mais, il faut bien le dire, si cette classe de sujets, par l'emploi de procédés nouveaux, devient plus dense, il est

(1) Je crois avoir comblé en partie cette lacune dans les derniers temps par l'emploi des couronnes aimantées dans la thérapeutique des psychoses. — Avec ces nouveaux engins méthodiquement employés au point de vue de l'action spécifique de chacun de leurs pôles, j'ai pu amender d'une façon très notable certains états de mélancolie avec obsessions, et plusieurs cas d'hallucinations conscientes persistant depuis plusieurs mois, et ayant résisté à tous les traitements usuellement employés.

possible que, dans certains cas, on pourrait pratiquer la fascination et obtenir ainsi une anesthésie artificielle dont on pourrait prolonger la durée sans inconvénients.

Dans l'état actuel des choses, dans notre milieu de sujets hypnotiques, lorsqu'il y a une petite opération à leur faire, un abcès à ouvrir, un corps étranger à extraire, une ou plusieurs dents à extirper, je n'hésite pas à hypnotiser le sujet et à le livrer au chirurgien.

Il m'arrive même, assez souvent, d'avoir un certain nombre de sujets qui ont des dents à faire arracher, je les mets en somnambulisme lucide, je m'adresse aux dentistes de la Charité, qui font l'examen de la bouche à loisir et pratiquent l'enlèvement des dents malades, tandis que le sujet, toujours insensible, ne garde au réveil aucun souvenir de l'opération qu'il a subie et est tout étonné de trouver dans sa main sa dent arrachée.

Application de l'hypnotisme dans le domaine de l'obstétrique. — La pratique de l'hypnotisme, appliquée à l'art des accouchements, n'a pas encore fourni de résultats bien efficaces ; vous pourrez lire, à ce sujet, le très intéressant travail de M. le docteur Auvard, qui résume d'une façon très consciencieuse ce que nous savons sur la question.

J'ai eu à enregistrer un seul fait de ce genre, qui ne paraît pas destiné à encourager des tentatives hypnotiques dans ce domaine spécial. L'an dernier, j'avais dans mon service une jeune femme hypnotique, que j'avais conservée jusqu'au dernier jour de sa grossesse, pour la faire bénéficier de l'anesthésie léthargique au moment où elle devait accoucher. Lorsque des douleurs arrivèrent, elle fut hypnotisée et mise en léthargie, mais cela fut parfaitement inutile, car l'intensité des douleurs du travail fut telle qu'elle amena le réveil naturel de la malade, et on fut obligé d'avoir recours au chloroforme pour terminer l'accouchement.

En résumé, on voit, d'après l'exposé des faits que nous venons de citer, que les procédés pour produire soit le grand, soit le petit hypnotisme, sont susceptibles de rendre des services indiscutables à la thérapeutique des maladies du système nerveux.

On voit, en outre, qu'à mesure que les moyens d'hypnotisation se perfectionnent, le champ des actions hypnotiques s'étend plus loin ; c'est grâce à ces moyens d'action nouveaux

que j'ai pu pénétrer dans ce domaine jusqu'ici inexploré des maladies chroniques du système nerveux, les modifier heureusement, et amener ainsi, à bref délai, des guérisons aussi surprenantes que rapides et inattendues (paralysie agitante, tics choréiques, monoplégie, anesthésies, etc.).

Ce qui caractérise encore cette nouvelle méthode de traitement et qui sollicite justement son application, c'est, je ne saurais trop le répéter, que non seulement elle est souvent efficace, mais encore elle *n'est pas nuisible*. Ce n'est pas une substance active, pesante et matérielle qui entre dans l'économie et y développe ses énergies propres. C'est un agent physique, impondérable, qui se manifeste d'une façon purement dynamique, dans l'intimité de la trame nerveuse et qui la pénètre à fond. Il se comporte comme les courants électriques, comme les courants magnétiques, sans déterminer de réactions douloureuses, et ne laisse comme traces de son passage que des effets sédatifs et bienfaisants. Voilà les faits indéniables, et j'ajouterai que, jusqu'à présent, je n'ai encore constaté aucun effet nocif de cette nouvelle méthode thérapeutique en suivant les indications que j'ai précédemment formulées.

LA FOLIE MENSTRUELLE

Par le Professeur BALL (1).

L'influence des fonctions génitales sur les fonctions intellectuelles est considérable, et il n'est pas étonnant que leur établissement, surtout chez la femme, joue un rôle de première importance dans leur fonctionnement. Les accidents cérébraux qui sont sous la dépendance de la menstruation peuvent être étudiés séparément suivant qu'ils se produisent avant, pendant ou après la période d'activité utérine. Ces troubles sont très fréquents pendant la période qui précède la puberté ; ils s'observent souvent aussi au moment de la ménopause ; mais il ne sera question ici que de ceux qui surviennent en pleine vie génitale.

Les travaux sur ce sujet abondent ; il n'est pas moins intéressant de rappeler qu'un des premiers faits relatifs à cette question est le cas suivant, observé en 1823.— Une femme fut jetée en prison, à cette époque, pour avoir tué son enfant et condamnée à mort, sans qu'elle eût pu d'ailleurs expliquer en aucune façon son crime. Cependant on remarqua, pendant son séjour en prison, qu'elle était prise de troubles cérébraux à chaque période menstruelle ; elle fut dès lors examinée plus complètement et bientôt internée dans un asile. Depuis ce moment, nombre de faits semblables ont été observés.

Les phénomènes qui se produisent au moment de la menstruation sont très nombreux et sont, pour la plupart, d'ordre congestif, portant sur des organes très divers ; souvent ils intéressent le système nerveux tout entier. Ainsi s'expliquent les troubles périodiques et passagers qu'on peut voir survenir à ce moment. — Une jeune fille de dix-neuf ans, née de parents nerveux, bien portante habituellement, entrée dans mon service pour des troubles de ce genre, était réglée régulièrement, mais était sujette à ce moment à des accès d'asthme et souffrait en même temps de coliques utérines très vives. Il y a six mois, après une violente émotion, les règles s'arrêtèrent et il survint un accès de manie avec hallucination qui dura une dizaine de jours. Elle se remit complètement, mais à la menstruation suivante les troubles cérébraux se reproduisirent et, depuis ce moment, ils se renouvellent à chaque époque

(1) *Journal de médecine et de chirurgie*, juin 1890.

menstruelle. Cet accès de manie est caractérisé surtout par une loquacité excessive, fait très habituel chez la femme, de l'agitation, des visions partielles, etc... Il y a des phénomènes agressifs ; l'accès dure toujours huit à dix jours, puis tout rentre dans l'ordre ; mais, fait bien particulier, la malade ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé. Or, c'est là un point important, car un aliéné qui ne se souvient en rien de ses accidents cérébraux est beaucoup plus éloigné de la guérison que celui qui se rappelle ses accidents, en parle et surtout ne rougit pas d'en parler.

Chez cette malade, il y a coïncidence absolue entre les accès de manie à l'époque des menstrues ; de plus, les douleurs d'autrefois ont complètement disparu, comme s'il y avait une sorte de balancement entre ces douleurs et l'état cérébral. Quant à la raison de ces accidents, on la trouve surtout dans la prédisposition ; son père est sujet à des accès lypémaniques, sa mère est névropathe ; elle a une sœur hystéro-épileptique ; quant à elle, elle a été surmenée par un travail intellectuel excessif au moment de passer ses examens.

Il est notoire, d'ailleurs, qu'au moment de la menstruation, la plupart des femmes éprouvent quelque phénomène insolite intéressant, la plupart du temps, le système nerveux. Le fait le plus commun est la migraine, qu'on peut regarder comme le début d'une légère excitation cérébrale. Mais, à côté de ce phénomène si habituel, on voit survenir des bizarreries de caractère atteignant quelquefois un degré excessif. Chez les hystériques et surtout chez les épileptiques, il y a très souvent provocation de l'accès. Mais, parmi les troubles intellectuels, ce que l'on observe le plus souvent est une modification de l'humeur ordinaire, qui devient essentiellement querelleuse, contradictoire, au point de rendre la vie commune, à ce moment, pénible ; souvent, aussi, le sentiment de la jalousie prend alors une exaltation tout à fait maladive.

Dans les cas de ce genre, il ne s'agit que de troubles intellectuels ou moraux qui ne sont que l'ébauche d'accidents plus graves. Mais les observations abondent dans lesquelles on voit survenir de la diplomanie, de la kleptomanie, etc. On a signalé aussi fréquemment l'érotomanie, et on connaît l'observation de cette malade qui, dans un état d'excitation génitale extraordinaire, demandait à ce moment à être conduite dans une maison de prostitution.

Le plus grave de tous ces troubles vésaniques est la folie

homicide, et il en existe un certain nombre de cas bien connus ; toutefois, on observe beaucoup plus souvent un délire généralisé et non spécialisé ; c'est la manie proprement dite, et elle éclate presque toujours pendant le flux du sang. Tous ces accidents cessent avec les règles ou peu de temps après. Cependant, on voit les malades tomber dans la manie chronique ; on peut encore observer la forme mélancolique, et c'est ce que l'on voit en particulier chez les jeunes filles au moment de l'apparition des premières règles, ces troubles morbides pouvant disparaître ensuite.

Le pronostic de la folie menstruelle est, en effet, relativement favorable ; elle guérit assez souvent, mais il faut ici tenir grand compte de la prédisposition. Avec cette réserve, la thérapeutique a ici plus d'action que dans les autres formes. Les émissions sanguines au moyen de sangsues, l'emploi des vésicatoires, peuvent avoir quelque utilité, mais le médicament principal à employer est le bromure de potassium, médicament essentiellement génital. C'est lui qui peut être utilisé dans toutes ces formes atténuées, qui sont presque physiologiques et qui pourtant ne sont pas sans importance. Enfin, quand il s'agit de manie véritable, il ne faut pas oublier qu'à côté de l'opium, de la morphine, de l'atropine, le tartre stibié à faible dose constitue un hyposthénisant très efficace et qu'on emploie beaucoup en Angleterre, surtout pour calmer les excitations de ce genre.

REVUE DE MÉDECINE MENTALE

ITALIE

Des altérations de la pie-mère cérébrale chez les aliénés,

Par le Dr Francesco Del Greco.

(*Revista sperimentali de Freniatria e di Medicina legale*).

A l'autopsie des aliénés, l'arachnoïde et la pie-mère cérébrales présentent fréquemment des altérations. Le docteur Del Greco s'est proposé de rechercher si ces lésions relèvent de troubles connexes à la maladie même, ou d'infections intercurrentes, ou bien encore si elles reconnaissent cette double origine; il a, dans ce but, pratiqué l'examen histologique des méninges de 48 aliénés décédés au Manicome de Reggio Emilia, et ses recherches l'ont amené à formuler les conclusions suivantes :

1° Chez les paralytiques généraux, on trouve à l'autopsie de la périartérite des petits vaisseaux de la substance cérébrale et de la pie-mère, ainsi qu'une infiltration nucléaire diffuse de cette membrane, spécialement à sa partie la plus voisine de l'écorce ; presque toujours méningite fibreuse chronique.

Quelquefois les petits vaisseaux présentent, outre la périartérite, une endoartérite oblitérante des vaisseaux moyens, de l'épaississement et une dégénérescence graisseuse de leur tunique musculaire.

2° La régularité avec laquelle on rencontre la périartérite des petits vaisseaux chez les paralytiques généraux (même chez ceux qui ont succombé au début de la maladie, alors que la substance cérébrale n'était pas encore le siège de sclérose et d'atrophie) conduit l'auteur à admettre comme fondée cette opinion, que les lésions vasculaires, résultat d'une hypérémie persistante, représentent le fait initial dans les lésions histologiques du cerveau ; les altérations de la névroglie et des cellules nerveuses ne se développent que consécutivement.

3° A l'autopsie des pellagreux aliénés, on constate parfois une opacité diffuse de la pie-mère avec légère augmentation du tissu connectif, et souvent une légère infiltration nucléaire, diffuse autour des petits vaisseaux tant de la pie-mère que de la substance cérébrale.

4° Dans quelques cas de typhus pellagreux, et spécialement dans le délire aigu, signes de récente hypérémie méningée.

5° Dans les autres formes d'aliénation mentale (folies périodiques, épileptiques, démence secondaire, etc.), il n'y a guère qu'un léger épaississement des méninges ; parois des vaisseaux rigides et tortueuses, toutes altérations que l'on rencontre à l'autopsie d'individus sains d'esprit, mais avancés en âge et cachectiques. Dans quelques cas rares, épaississement notable de la pie-mère, substance cérébrale atrophiée, dure, ventricules latéraux dilatés et remplis d'un liquide séreux.

6° Chez les aliénés, quelle que soit la forme du délire, l'épaississement de la pie-mère cérébrale débute au niveau des circonvolutions centrales.

Contribution à l'étude de l'action du bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie,

Par le Docteur CÉSARE AGOSTINI, médecin assistant au Manicome de Pérouse.

Le bromure de potassium reste sans conteste le médicament le plus efficace pour combattre l'épilepsie.

Il est nécessaire de l'administrer à doses suffisamment élevées, et pendant longtemps, et le traitement est compatible avec un état florissant de la nutrition générale.

Dans la grande majorité des cas (85 %), à la dose moyenne de 10 à 14 gr. (avec un jour de suspension sur trois), dose correspondant à 20 ou 25 par cg. du poids de l'individu, le médicament, tout en restant inoffensif, suspend ou diminue d'une façon notable les accès convulsifs.

On peut au besoin élever la dose quotidienne à 20 gr. et davantage et continuer longtemps sans dommage pour l'organisme, pourvu que la préparation soit pure, et que l'appareil rénal fonctionne normalement.

Les accidents ordinaires qui apparaissent pendant la médication sont, pour la plupart, transitoires et faciles à dominer ; et les états morbides graves dus à l'intoxication bromique disparaissent assez rapidement, si l'on suspend l'administration du médicament.

L'emploi méthodique et rationnel du bromure de potassium prolonge la vie des épileptiques.

Contribution à l'étude de l'activité fonctionnelle du cervelet,

Par les docteurs A. BORGHERINI et G. GALLERANI.

De nombreuses expériences sur les animaux ont amené les Drs Borgherini et Gallerani à formuler les conclusions suivantes :

Le cervelet est un organe essentiel à la coordination des mouvements volontaires. Toute lésion suffisamment profonde détermine l'ataxie locomotrice.

Lorsque les troubles déterminés expérimentalement disparaissent peu à peu d'une façon plus ou moins complète, c'est qu'une portion de l'organe a été épargnée, et que les rapports existant normalement entre les diverses parties du cervelet n'ont pas été détruits.

Toute lésion superficielle donne, comme résultat constant et permanent, le tremblement de la tête et du cou.

La destruction complète détermine l'ataxie permanente de tous les mouvements volontaires, troubles qui prédominent à la tête et au cou.

La tête et le cou sont, par suite des conditions de leur équilibre statique, les parties du corps qui révèlent les premières, les moindres lésions du cervelet, et celles qui ressentent le plus les lésions profondes de cet organe.

C'est avec l'organe de la vision et avec l'instinct réunis, que l'animal corrige un peu le désordre moteur ; il évite ainsi certains mouvements et ne procède aux autres qu'avec précaution. Si l'on supprime la vue, il renonce à tout mouvement volontaire ; permanence des membres dans les positions anormales.

La lésion du cervelet produit des troubles trophiques, mais ne s'accompagne ni de modifications de la force musculaire, ni d'altérations des sensibilités générale ou spéciale.

Les caractères de l'ataxie par lésion cérébelleuse sont pareils à ceux de l'ataxie spinale chez l'homme (1).

De l'origine et du trajet des pédoncules cérébelleux et de leurs rapports avec les autres centres nerveux,

Par le docteur Vittorio Marchi.

Les pédoncules cérébelleux supérieurs ne s'entrecroisent pas en totalité, mais un petit faisceau continue le trajet primitif et se rend aux couches optiques, tandis que le faisceau principal va se terminer dans le noyau rouge de Stilling du côté opposé. Ces pédoncules n'envoient pas de fibres au ruban de Reil.

Les pédoncules cérébelleux moyens ne représentent pas simplement des fibres commissurales mettant en rapport les hémisphères cérébelleux. Les fibres qui les constituent, avant d'atteindre le sillon médian de la protubérance annulaire, pénètrent les faisceaux

(1) Cette conclusion soulève une série de problèmes sur lesquels nous appelons l'attention et que nous nous proposons de discuter plus tard.

pyramidaux, les séparent, pour se mettre ensuite en rapport avec la substance grise du pont de Varole du même côté. D'autres fibres, en petite quantité, passent en avant des pyramides et se rendent à la substance grise du pont de Varole du côté opposé.

Les pédoncules cérébelleux inférieurs envoient un faisceau à l'olive du côté opposé, constituent les fibres arciformes et le faisceau cérébelleux direct de Flechsig. Celui-ci est formé, suivant toute probabilité, de fibres tant afférentes qu'efférentes.

Le faisceau longitudinal postérieur et le ruban de Reil ont une origine commune cérébelleuse, plus spécialement au niveau du lobe médian. Ils suivent le trajet des pédoncules cérébelleux moyens, et se mettent en rapport : le premier avec les noyaux des nerfs crâniens, et le second avec la substance grise du pont de Varole, les tubercules quadrijumeaux, et probablement le corps strié, par un faisceau qui se porte en haut avec les faisceaux pyramidaux. Aux environs des olives, le faisceau longitudinal et le ruban de Reil s'unissent et se rendent aux cordons antéro-latéraux, qui, selon toute probabilité, sont en rapport avec les cornes antérieures de la moelle épinière.

Ainsi se confirme l'hypothèse de rapports entre les nerfs crâniens et le cervelet, par l'intermédiaire du faisceau longitudinal postérieur et du ruban de Reil.

L'origine des trois pédoncules cérébelleux s'étend à toute l'écorce cérébelleuse ; mais le noyau dentelé fournit en majeure partie les fibres des pédoncules supérieurs, et le vermis celles des pédoncules moyens (1).

Dr René Semelaigne.

(1) Au point de vue historique je tiens à faire constater que les principaux détails anatomiques signalés par le Dr Vittorio Marchi, — au sujet de la division du pédoncule cérébelleux supérieur — du fusionnement terminal de ce pédoncule supérieur dans la substance même du noyau de Stilling — de l'entrecroisement des fibres pédonculaires moyennes et de leur terminaison dans la substance grise de la protubérance du côté opposé — des rapports terminaux des fibres du pédoncule inférieur avec l'olive bulbaire du côté opposé — sont choses connues et publiées par moi dans mes **Recherches anatomiques, physiologiques et pathologiques sur le système nerveux** et qui remontent à 1865.

Je tiens à rappeler devant les savants qui s'occupent de ces questions spéciales que c'est moi qui, dès cette époque ai formulé la distribution anatomique des fibres pédonculaires du cervelet et — chose étrange ! — en France aucun anatomiste ne s'est occupé de vérifier ces recherches !

C'est à l'étranger que j'ai trouvé jusqu'ici des auteurs animés des mêmes curiosités scientifiques, et je suis heureux d'avoir ainsi trouvé, après 27 ans de silence plus ou moins voulu, de la part de mes compatriotes, une confirmation de mes recherches anatomiques que l'on considère volontiers encore comme des fantaisies anatomiques.— On n'est jamais prophète dans son pays.

Je tiens à revendiquer ici mes droits de légitime propriété. J. Luys.

STATISTIQUE DES MALADES

Traités à la Charité par les méthodes dérivées de l'hypnotisme pendant le cours de l'année 1891

Par M. J. Luys.

Je donne le résumé ci-joint du mouvement des malades traités dans le courant de l'année 1891 dans mon service à la Charité, et des résultats obtenus à l'aide des procédés nouveaux de thérapeutique dérivés de l'hypnotisme, tels que les transferts, les couronnes aimantées et les miroirs rotatifs.

On pourra ainsi juger les résultats obtenus et reconnaître les bons effets de ces procédés thérapeutiques qui ont pour eux l'immense avantage d'être actifs et surtout de ne déterminer aucun résultat fâcheux.

Les malades traités se divisent en deux groupes : ceux qui sont soignés dans les salles de l'hôpital, et ceux qui, n'étant pas assez frappés pour y demeurer, préfèrent venir tous les jours pour se faire soigner à ma consultation directement dans mon laboratoire. — Ce groupe de malades constitue le contingent de la consultation externe.

En comparant les résultats actuel avec ceux de l'année précédente (1), on verra que le total des malades traités est un peu moins fort (ce qui tient à une sorte de sélection que nous avons faite dans le choix des observations recueillies) : nous n'avons inscrit que des cas très nets, en laissant de côté les cas banals, vulgaires, que nous avons soumis aux divers traitements, et que nous n'avons pas jugés bons à être enregistrés.

Le nombre des femmes traitées a été de.....	33 cas
Celui des hommes de.....	48
Ce qui fait un total de.....	81 cas

Les cas traités se décomposent ainsi :

Hystérie avec attaques convulsives	6
Vertiges, étourdissements.....	4
Chorées simples.....	0
Paralysies agitantes	7
Goître exophtalmique.....	2

(1) Voir les Bulletins de la Société médicale des hôpitaux de Paris.

Toux spasmodique incoercible	1
Névralgies diverses réfractaires à tous les traitements usuels	6
Neurasthénies	7
Attaques spontanées de somnambulisme diurne	2
Insomnies persistantes	2
Palpitations nerveuses	4
Impotence des extrémités inférieures	4
Vomissements rebelles	1
Hémiplégies	3
Contractions des membres	2
Morphinomanie	6
Ataxie	3
Epilepsie	5
Hystérie mâle	3
Hypochondrie	1
Surmenages intellectuels	1
Hallucinations auditives persistantes	2
Obsessions mentales	3

Les résultats du traitement ont été les suivants :

Etats stationnaires au bout de deux à trois mois de traitement	Hommes :	10	Femmes :	11
Amélioration très accentuée au bout de 15 à 20 jours dit raideur	—	24	—	11
Guérisons obtenues en 15 à 20 jours	—	14	—	11
	Hommes :	48	Femmes :	33

Sur ces 81 malades traités nous avons donc à noter :

Comme stationnaires au bout de trois mois de traitement	21	soit :	24 %
Comme améliorés	35	—	43 %
Comme guéris rapidement	25	—	30 %

En comparant les résultats notés en 1891 — avec ceux indiqués en 1890 — à l'aide des mêmes procédés thérapeutiques nous voyons que :

Le nombre des stationnaires qui en 1890 avait été de	7 %
a été en 1891 de	24 %
Celui des améliorés qui en 1890 était de	39 %
a été en 1891 de	43 %
Celui des améliorés qui en 1890 était de	51 %
a été en 1891	30 %

(1) Au bout d'un temps prolongé de traitement, l'observation prouve qu'un certain nombre sont encore susceptibles d'être très notablement améliorés.

Il y a, comme on le voit, une certaine diminution dans l'ensemble des cas de guérison, et, par comparaison, le chiffre des améliorations a subi un certain degré de relèvement.

En somme, les résultats obtenus sont toujours satisfaisants et ne font que confirmer ce que nous avons dit déjà, qu'il est bon de persévérer dans cette voie — qu'il y a des résultats thérapeutiques d'une valeur très certaine — qu'un grand nombre de malades venus dans mon service après avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique ordinaire, y ont trouvé, — les uns une amélioration notable, — les autres une guérison aussi rapide qu'inespérée, et que, en somme, il est toujours bon d'avoir contre les maladies aiguës et chroniques du système nerveux des moyens nouveaux d'action qui permettent d'entrer plus avant dans l'organisme et de modifier d'une façon méthodique les troubles de l'innervation.

Il y a un point tout nouveau que je tiens encore à signaler dans ce résumé, c'est la part notable que ces procédés nouveaux de thérapeutique neurologique sont appelés à prendre dans le traitement des psychopathies. J'ai fait, jusqu'ici, à l'aide des aimants en barreaux et en couronnes, des tentatives heureuses dans certains cas d'obsessions persistantes et d'hallucinations auditives réfractaires à tout traitement. — J'ai employé même les transferts chez certains aliénés dociles, et les résultats obtenus jusqu'ici me permettent d'espérer qu'en entrant dans cette voie nouvelle pour traiter les troubles purement psychiques, on y trouvera l'occasion de faire des applications fécondes en heureux résultats.

BOSTON MEDICAL
SEP 4 1918
LIBRARY

LANGAGE RÉFLEXE (1)

Par G. ROBERTSON
Médecin adjoint à l'asile royal de Morningside.

En abordant ce sujet, nous nous sommes attaché à suivre les idées exprimées par Herbert Spencer dans ses principes de psychologie. Dans sa forme la plus simple, l'action réflexe se trouve manifestée dans la contraction qui se produit lorsqu'on touche une amibe ; mais pour qu'il y ait un développement complet dans l'action réflexe, il faut qu'il existe une différenciation entre le tissu qui transmet et le tissu qui répond à l'excitation.

Si l'on sectionne l'un des membres d'une sèche et qu'il soit touché immédiatement il va se contracter ; ici nous avons une fibre nerveuse qui conduit l'excitation d'un ganglion au centre qui réfléchit cette excitation à la zone musculaire. L'intelligence ne prend évidemment aucune part à l'accomplissement de cet acte ; il est inconscient et n'est qu'un simple mouvement consécutif à une seule excitation.

Des mouvements combinés peuvent cependant être produits par des actes réflexes de ce genre, par exemple si l'on pince la patte d'une grenouille décapitée, un saut peut être effectué. A cette variété de réflexe se rattache celle où la sensation est consciente, quoique à un faible degré, comme dans le réflexe plantaire et dans l'éternûment. De cette sorte de réflexe on arrive aux mouvements instinctifs qui ne sont que des réflexes combinés, où l'excitation est multiple, ainsi que ses résultats, et chez qui il y a persistance de la conscience, sans qu'il y ait participation de l'intelligence. Ainsi le gobe-mouche, qui quelques instants après la naissance attrape un insecte, agit certainement sans aucun effort de l'intelligence ; des mouvements de cet ordre ne peuvent pas être volontaires chez un animal aussi jeune. Quelle notion, en effet, ce jeune gobe-mouche peut-il avoir sur les propriétés nutritives d'un corps noir qui passe devant sa rétine et dont il n'avait aucune connaissance ? Et ne nous serait-il pas impossible de mesurer la distance et de coordonner nos mouvements de façon à nous emparer de cet objet avec la même précision que le gobe-mouche dans un exercice préalable ?

L'architecture du castor semble cependant témoigner d'une grande intelligence, mais il n'en est rien et la preuve que l'ani-

(1) Lecture faite à la Société médico-psychologique d'Edimbourg.

mal ne fait qu'obéir à un aveugle instinct nous est fournie par ce fait que si l'on enferme l'animal dans une maison il construit des barrages avec des chaises, canapés...., lorsqu'il n'existe aucune utilité à ce travail (1). Quand cependant l'instinct devient plus complexe et plus défini, subissant les variations de diverses excitations, il revêt une certaine forme intelligente ; car, en réalité, la base de l'intelligence est dans l'adaptation des tendances intérieures aux manifestations du monde extérieur.

Dans ce préambule, j'ai eu pour but de mettre en lumière la gradation presque insensible entre un acte non intelligent, mais tangible, comme la contraction de l'amibe et les actions qui semblent démontrer l'intervention d'un fonctionnement intellectuel assez développé, afin de faire mieux saisir le caractère non volontaire du réflexe du langage dans certaines conditions qui échapperait à une observation superficielle. Cette démonstration est d'autant plus nécessaire que nous considérons le langage comme la manifestation la plus haute de l'intelligence.

La contractilité est une propriété des êtres vivants, les réflexes primitifs — presque soumis aux lois physiques — sont produits par des changements moléculaires résultant d'une secousse et comme l'organisme manifeste une plus grande sensibilité aux incitations sur un point quelconque que sur un autre, la faculté de contraction est d'autant plus développée en ce point que les contractions sont plus fréquentes.

Les constantes modifications moléculaires produites sous l'effet de la contraction en cet endroit, au bout d'un certain temps, amènent une modification dans la structure et l'évolution et nous avons un muscle. La force de l'incitation se répand dans des directions déterminées et chez les organismes inférieurs elles ne sont que des réseaux de décharge où les molécules sont dans un état de grande mobilité. Chez les animaux arrivés à un degré de développement plus complet, ce sont les nerfs (2). Avec cette différenciation des tissus, des mouvements plus spéciaux ont lieu, et comme certaines variations, en se répétant, deviennent des habitudes, à la suite de l'évolution des divers sens, il peut se produire des mouvements d'une grande étendue et d'un caractère plus complexe. La complexité des réflexes et des instincts peut être remarquée en suivant l'évolution de la simple contraction dont nous avons parlé ; mais dès que l'organisme atteint un plus complet développement, de nouveaux réflexes, sous d'autres

(1) Carpenter. *Mental physiology*.

(2) Bastian, « *The Brain as an Organ of mind* ».

influences, sont produits et arrivent par la répétition de mouvements volontaires à la création d'habitudes. Ainsi, citons comme exemple, la fermeture spontanée de l'œil dès qu'un objet est approché subitement. Nous pouvons bien penser qu'à une époque l'homme primitif, pour protéger ses yeux, a fait ce geste. Avec le temps cet acte volontaire est devenu une habitude et après la succession des générations, il est permis, avec nos connaissances sur l'hérédité, de croire à la transmission, aux descendants de cette époque primitive, de cette action réflexe ou instinctive (1). Ce mode de développement est le principe que l'on observe dans le langage réflexe. Mais l'homme n'est pas encore arrivé à un développement tel que le langage lui soit transmis comme un instinct, car l'usage de la parole ne remonte pas aussi loin que l'habitude de fermer les yeux.

Pour qu'une action volontaire, causée par une sensation, devienne réflexe, il faut que l'appareil nerveux, suivant une certaine méthode, produise la même suite de phénomènes. Ainsi la même action suit toujours la même sensation, et avec le temps, cette action suit la sensation avec une très faible participation de l'intelligence et, si elle est souvent répétée, avec un effort de plus en plus faible, elle arrive à se dispenser de toute attention. La force nerveuse voyage à travers des lignes de la plus faible résistance et si elle s'habitue à prendre certains trajets, elle y trouvera encore une moindre résistance.

Or, s'il s'agit du langage, cette loi est-elle suivie ? N'est-il pas vrai que lorsqu'on nous adresse une question spéciale, nous subissons une stimulation des sens et que nous formulons une réponse particulière, par une action spéciale, et que chaque fois que cette stimulation existe, il y a même réponse invariablement et retour, jour par jour, pendant des années, des mêmes actes.

Tous les jours on nous pose cette question : « Comment vous portez-vous aujourd'hui ? » et nous répondons presque invariablement : « Très bien, je vous remercie. » N'avons-nous pas là dans toute leur simplicité tous les éléments d'un réflexe, une stimulation, une réponse et leur répétition ? Il n'est pas inutile de faire remarquer que nous ne nous occupons pas des sons articulés, c'est là un autre point.

Dans la réponse, il y a certains mouvements du diaphragme, des lèvres, de la langue et d'autres muscles, mais heureusement, nous pouvons avec facilité séparer et distinguer les différents mouvements produits à la façon dont l'air est chassé du poumon.

(1) Darwin, « The expression of the Emotions. »

Ces mouvements sont intéressants, puisqu'ils servent à la formation des sons et des mots.

Tout d'abord, c'est-à-dire dans l'enfance, la réponse : « Très bien, je vous remercie » était le résultat d'un grand effort volontaire, et devenait une opération demandant une intelligence bien développée. Bientôt, cependant, cela devint une habitude et les muscles, sans aucun effort, agirent sous l'influence de leur propre contraction. Toutefois, on retrouve encore à cette période la domination d'une puissance supérieure. Retranchez cette puissance supérieure, cette intelligence, comme on fait de la tête d'une grenouille pour examiner ses réflexes, et l'on obtient, dans certains cas, toujours la même série de phénomènes ; seulement l'acte n'est plus que purement réflexe ou automatique.

L'absence d'intelligence et de volition est le trait caractéristique de l'existence du langage réflexe.

L'on pourrait toujours découvrir la présence de l'intelligence si les réflexes étaient mis dans l'impossibilité de s'adapter à certaines et variables conditions qui sont, comme nous l'avons dit plus haut, les bases de l'intelligence. Par exemple, si l'on demande à une personne agonisante : « Comment allez-vous ?» et qu'elle réponde : « Très bien, merci », on conçoit qu'aucune puissance supérieure n'est survenue pour changer le réflexe et l'adapter à la situation spéciale, mais que les forces nerveuses ont agi sous l'influence de l'habitude. La stimulation des sens a produit un acte non volontaire et non intelligent, comme si le sujet eut clos les paupières brusquement ou tressailli sous l'empire d'un grand bruit. De telles réponses ne sont réellement possibles que si elles sont provoquées par des questions d'un sens général, simple et d'un usage fréquent. Les questions et les réponses compliquées requièrent l'intervention de l'intelligence et leur retour éloigné les empêche de jamais devenir automatiques.

Le langage réflexe existe si l'esprit se trouve dans son équilibre normal, et même si cet état subit des modifications accidentelles, par exemple, si le sujet est surexcité, troublé et surtout distrait. Dans ces conditions, les réponses sont appropriées aux demandes, étant en fait les seules réponses habituelles, quoiqu'elles trahissent clairement leur caractère automatique. Ainsi une personne interroge un distrait : « Comment va votre famille aujourd'hui » ? ou bien « Comment se porte votre frère Tom ? » Il répond : « Très bien, merci.» Puis aussitôt il se reprend : « Que vous ai-je dit ? Mon père est au lit et Tom s'est cassé la jambe.»

Tous ces réflexes, y compris le langage réflexe, peuvent être réprimés à l'état normal. De même que le réflexe plantaire s'exa-

gère à la suite d'une lésion transversale de la moelle, le langage réflexe s'exagère si la puissance supérieure est impuissante à le maintenir. C'est ainsi qu'il se trouve exagéré dans les formes graves de la folie. Dans certaines variétés de mélancolie, par exemple, l'attention est tellement concentrée dans l'analyse de sensations diverses que les sens ne réagissent que faiblement aux stimulations extérieures ; dans la démence secondaire, le pouvoir volitionnel et l'intelligence sont affaiblis à un très haut degré, mais c'est probablement dans la démence sénile que cet affaiblissement est plus marqué que dans les autres variétés de folie, parce qu'il y a une diminution graduelle du fonctionnement intellectuel et que l'intelligence et la volonté qui se trouvaient haut placées dans l'ordre de l'évolution sont annihilées, alors que les autres fonctions sont comparativement en bonne santé.

Voici maintenant quelques exemples de langage réflexe :

Le premier est celui d'un nommé A. R..., qui présentait tous les signes d'une bonne santé, quoiqu'il ait eu plusieurs attaques d'apoplexie. Pendant la dernière quinzaine de sa vie, il avait perdu absolument toute intelligence, il était devenu très négligé dans son costume, il ne disait jamais un mot à moins d'y être provoqué, si ce n'est dans le cas que nous mentionnons plus loin. Il ne demandait jamais ni à boire, ni à manger, et même quand les aliments étaient placés près de lui il n'y touchait pas et il fallait les lui introduire dans la bouche. Il avait perdu l'usage de la parole à tel point que lors d'une opération évidemment très douloureuse qu'on lui fit, il ne proféra aucune plainte, hormis une sorte de grognement. Enfin, il est impossible de concevoir l'état d'abrutissement auquel cet homme était parvenu. Je répète une conversation que nous eûmes ensemble à différentes époques.

« Comment allez-vous ?

— Oh ! comme d'habitude, merci.

Dites-moi comment vous vous portez aujourd'hui ?

— Assez bien, merci.

Votre état général est-il bon ?

— Je vais assez bien.

Comment vous trouvez-vous ?

— Je suis assez bien, merci.

N'êtes-vous pas aussi bien aujourd'hui ?

— Je pense que oui.

Comment est votre femme ?

— Elle est assez bien.

Voudriez-vous vous lever ?

— Oui, je veux bien.

Voulez-vous remuer vos mains ?

— Oui, je vais les remuer. »

Ne donnant aucun signe d'intelligence, cette série de réponses est un exemple de simples réflexes ou de langage automatique et les faits suivants prouvent que la moindre parcelle d'intelligence n'existait plus. Il était atteint d'une maladie très grave quoique, se disant très bien. Il ne savait aucune nouvelle de sa femme, quoiqu'il affirmât qu'elle fût très bien. Il avait promis de remuer ses mains et n'en fit rien.

Un matin, j'obtins de lui une bonne réponse ; comme je m'approchais de son lit, lui faisant un salut de la tête, il s'écria : « Adieu. » Le fait de mon approche et celui de répondre à mon salut, malgré le manque d'à-propos, prouvent qu'il n'avait agi que par automatisme. Le stimulant habituel du langage réflexe est le son de la voix, quelquefois aussi la vue comme dans le cas précité.

Cette machine à parler était cependant capable d'un effort plus grand. Comme j'ordonnais à son voisin de lit un bain, il dit : « Je pense que ce que vous venez de prescrire est la meilleure des choses. » Une autre fois sa femme était venue le voir, il ne témoigna aucune marque de reconnaissance. Cependant, quand elle lui dit, au moment de le quitter : « Adieu, Shandy, je viendrai vous revoir, » il lui répondit : « Si vous voulez bien me prévenir de l'époque, je serai heureux de vous voir. » C'est là une réponse banale que l'on fait ordinairement à un étranger et qui procède plus ou moins d'un mode automatique.

A cet exemple, nous ajouterons celui d'un nommé Ross atteint de démence sénile avec insomnie et agitation. Sale dans ses vêtements, il ne touchait pas aux aliments qu'on lui servait, n'en demandant même pas ; ce malade ne faisait rien de ce qu'on lui ordonnait. Il était arrivé presqu'au même degré d'abrutissement et d'inintelligence que le premier, avec cette différence qu'il parlait et souvent d'une façon exagérée. Son langage cependant était un jargon sans aucun sens, tout à fait incohérent et formant un contraste singulier avec la clarté de ses réponses réflexes. S'il avait été capable de penser, il était évident qu'il était inapte à s'exprimer avec justesse et il souffrait de cette sorte d'aphasie où les mots se confondent entre eux. En réalité, ce qu'il faut croire, c'est que les mots n'étaient que le résultat d'un moteur général, d'une excitation multiple, exprimée dans les muscles non articulaires par une incessante agitation, bouleversant et arrachant

les rideaux du lit, les jetant au loin, actes témoignant d'une absence d'intelligence et de volonté manifeste.

Voici un exemple de son langage pendant une minute :

« Si vous veniez justement — avec la route — Quoi maintenant ! — Oh ! cher, cher ! Oh, il est tout à fait fourbu ! — Qu'est-ce ! — Oh, cher, cher, à moi ! — Voyez ! — Qui est là ? — Quoi ? — Est-ce cela ? — Oh, quel temps ? »

Dans tout ce jargon, il est intéressant de noter une chose intelligible — une phrase réflexe —« Oh, cher, cher, à moi ! » qui dans cette désintégration partielle du centre du langage peut être considérée comme une unité organisée et complète. Voici quelques-unes des réponses que nous avons extraites de la très longue collection que nous avons de lui:

« Eh bien, Ross ?
— Eh bien, Monsieur !
Ross ?
— Eh bien, qu'y a-t-il, Monsieur !
Comment allez-vous ?
— Très bien, Monsieur ?
Eh bien, Ross, dites-moi, quelle somme valez-vous ?
— Je ne sais.
Otez vos doigts de là ?
— Tout de suite.
Enlevez donc vos mains ?
— Oui, oui.
Quel temps fait-il ?
— Je ne sais.
Il fait beau, Ross.
— En effet, il fait beau.
Le temps est humide.
— Oh non, pas maintenant.
Il fait un temps pluvieux.
— C'est vrai.
Ross ! !
— J'entends, Monsieur.
Vous êtes un coquin.
— Oui.
Avez-vous bien diné ?
— Oui, Monsieur.
Etes-vous heureux de me voir ?
— Oui, Monsieur.
Vous êtes un gros sot.
— Oui, c'est vrai.

Comment allez-vous ce matin ?

— Très bien, merci.

Il fait beau.

— Oui ! très beau.

Vous êtes un vieux misérable.

— Oh ! pas du tout. »

Ces réponses, si l'on ne peut les considérer toutes comme automatiques, nécessitent une certaine dose d'intelligence que cet homme ne possédait sûrement pas. Si son langage résultait d'un travail intellectuel, pourquoi répondre un jour à tort, il fait beau, un autre jour il fait mauvais et tout cela en contradiction avec la vérité.

Nous appelons l'attention sur ces réponses qui sont des preuves de réflexes intelligents et des manifestations constantes de son langage incohérent habituel. Il y a là une analogie avec l'occlusion spontanée et habituelle des yeux qui se produit soudainement s'ils sont menacés tout à coup violemment. Le langage intelligent est un signe de haute culture alors que le langage réflexe, qui existe sans idéation, est la manifestation la plus infime dans l'échelle de l'évolution et dure plus longtemps, parce que l'habitude est plus fortement enracinée.

Son surveillant ne comprenait pas ce mélange d'intelligence apparente et d'abrutissement chez ce malade.

Il m'entendit une fois tenir avec lui cette conversation à ma visite du matin et fut forcé d'admettre l'existence d'un certain niveau intellectuel.

« Bonjour, Monsieur ?

— Bonjour.

Il fait beau.

— Oui, c'est vrai.

Comment allez-vous ?

— Oh ! très bien, merci.

N'êtes-vous pas bien aujourd'hui ?

— Je ne sais pas.

Adieu, Ross !

— Adieu, Monsieur. »

Immédiatement après, il lui ordonna de boire, de s'asseoir, de ramener sa couverture et il n'obtint aucune réponse'; il disait que le malade n'avait aucun sens. « Docteur, me disait-il, vous vous faites rendre une réponse et moi je ne l'ai jamais pu ». A la vérité, j'avais beaucoup de peine à en arracher une.

Une autre fois, je n'ai pu tirer que ces réponses :

« Seriez-vous méchant, maintenant ?

— Très bien, merci !
Il fait un temps pluvieux ?
Non, je ne ferai pas cela.
Quel temps fait-il ?
— Oh ! mais, cela n'est pas juste ! »

Le champ des réflexes est limité chez cet homme et en l'espace restreint de deux ou trois jours on peut aisément connaître la série de ses réponses.

De ces quelques exemples et de beaucoup d'autres que je ne puis citer, je veux tirer quelques conclusions.

1° Les actions qui souvent paraissent être le résultat de l'intelligence ne sont souvent que réflexes ou automatiques.

2° Dans le langage, il y a plusieurs motifs au développement des réflexes ;

3° A l'état sain, le langage réflexe n'existe pour ainsi dire pas, il faut des circonstances données pour qu'il se manifeste ;

4° Dans certaines maladies mentales, le langage réflexe est exagéré ;

5° Le courant de langage réflexe est fortement organisé et résiste énergiquement à la désintégration (1).

Dr C. L.

CHIRURGIE DE L'ENCÉPHALE (2)

DOCUMENTS

Chirurgie cérébrale. (Franck Norbury : *The med. News*, 4 juillet 1891). — L'auteur fait une revue des cas où, de nos jours, on peut recourir au trépan. Son étude est précédée d'un résumé de topographie et de localisations cérébrales et d'une courte description du manuel opératoire. Il s'approprie, en finissant, les conclusions de Horsley, de Londres, au Congrès de 1890. L'opération devrait être pratiquée dans chaque cas de lésion du cerveau ; c'est le seul moyen de ramener le patient à des

(1) On pourra consulter dans cet ordre d'idées le travail que j'ai fait il y a plusieurs années déjà sur les phénomènes réflexes du langage à l'état normal et à l'état pathologique, et qui renferme des observations cliniques tout à fait similaires à celles signalées par l'auteur dont nous venons d'analyser le travail et qui paraît n'avoir pas eu connaissance de mes recherches antérieures. — Voir : **Des actions réflexes du cerveau dans les conditions normales et morbides de leurs manifestations.** — In-8°, avec planches, par Luys.— Paris, 1874.— J.-B. Baillière.

(2) *Revue internationale de Bibliographie*, 25 septembre 1891.

conditions normales et de prévenir l'épilepsie et la démence. Dans tous les cas d'hémorrhagie cérébrale, vus dans les 4 premières heures, on devrait lier la carotide primitive. Le trépan devrait être opposé aux maux de tête réfractaires aux autres moyens. Les gommes cérébrales devraient être enlevées ; l'iodure de potassium est un moyen palliatif, non curatif. On devrait également enlever les tubercules, lorsque c'est faisable. On devrait opérer pour toutes les tumeurs, si l'amélioration n'est pas obtenue par d'autres moyens en 6 semaines. L'opération devrait être pratiquée pour l'athétose et les autres affections spasmodiques. On devrait y recourir pour l'épilepsie jacksonienne, après avoir tâché de localiser, à l'aide du courant faradique, le point initial des convulsions. Il rapproche de cela les opérations pratiquées, pour l'hydrocéphalie, la microcéphalie, l'imbécillité, paralysie générale, et déclare qu'on trouvera peut-être que Horsley est un audacieux, mais qu'il est possible aussi que la chirurgie opératoire des centres nerveux n'ait pas dit son dernier mot.

A. Benet (de Marseille).

Contribution à la chirurgie de l'encéphale. (Winkler et Guldenarm ; *Ned. Tijdschr. v. Geneesk.*, 1891, II, 4.) — Les auteurs, neuropathologistes et chirurgiens à Utrecht, d'une grande renommée, publient le sixième cas en quelques années, où ils ont pratiqué une opération sur l'encéphale. Il s'agissait d'un paysan, âgé de 26 ans, soldat, qui en mai 1890 avait fait une chute de cheval et reçut un coup de pied sur le crâne. Pas de syncope, mais maux de tête et vertiges. Bosse sanguine sur l'os pariétal droit. Bientôt, parésie de la jambe gauche. Depuis janvier 1891, paralysie totale de tout le côté gauche. Diminution du champ visuel et du champ de l'ouïe. Diplopie. Visus = 1/3. Paralysie de convergence. Point douloureux sur l'os pariétal droit (par pression), vis-à-vis le tiers supérieur de la circonvolution antérieure centrale. Opération le 5 mai 1891. Après trépanation, ligature d'une hématocyste dans la dure-mère crânienne, en communication avec le sinus longitudinal supérieur. Les adhérences entre la dure-mère et la pie-mère sont enlevées, ainsi que les corpuscules de Pacchioni. Tout de suite, amélioration des symptômes morbides. Après quatre semaines, il subsiste encore une petite diminution de force dans la jambe gauche, tandis que le bras gauche est parfaitement rétabli. Le champ visuel et celui de l'ouïe sont presque normaux. Il n'y a plus trace de la paralysie de convergence ou de diplopie ; vue normale. Ce cas prouve, encore une fois, la grande valeur de la chirurgie de l'encéphale, non seulement au point de vue scientifique, mais principalement pour la guérison de maladies autrefois incurables, conduisant à la mort ou au moins à une vie des plus tristes.

W. Francken (de Schéveningue).

Un cas de trépanation du crâne pour épilepsie traumatique ; guérison. (Lebrun : *La Presse méd. belge.* 1er nov. 1891, p. 689.) — *Un garçon de 8 ans*, fils d'un alcoolique, reçoit un coup de pierre sur la bosse frontale gauche, d'où, suppuration abondante durant une année avec expulsion d'esquilles. A 19 *ans*, forte émotion, d'où *première* attaque d'épilepsie vraie, suivie bientôt d'une foule d'autres que le bromure ne

calme pas. Le caractère devient violent ; gourmandise. A 23 ans (le 20 août 1890), trépanation sur la partie malade du frontal : les crises reparaissent dès le 25 ; le 18 décembre, on applique deux nouvelles couronnes de trépan en arrière de la première, on coupe les ponts osseux qui les séparaient, sans rencontrer d'esquilles dans le cerveau comme la première fois. Le 10, il y a quelques absences pour lesquelles on donne du Na Br. Depuis, santé parfaite, caractère doux, appliqué, travailleur.

H. Bidon (de Marseille).

Intervention chirurgicale dans les affections cérébrales le trépan primitif excepté. (Leonte et N. Bardesco : *Rev. chirurg., Paris* 10 *oct.* 1891, *p.* 813.)— Depuis 1887, les auteurs ont pratiqué 22 fois la trépanation. Ils ne rapportent que cinq de leurs dernières opérations qui ont été faites deux fois pour une épilepsie essentielle, et pour une épilepsie jacksonienne causée par une hémorragie cérébrale ancienne. Dans les trois autres cas, l'intervention a été tardive et faite à la suite de traumatismes anciens du crâne, ayant déterminé des paralysies ou des convulsions. Voici le résumé du travail : I. La trépanation est une opération bénigne quand elle est faite d'après toutes les règles de l'antisepsie moderne. La doctrine des localisations cérébrales en multiplie les indications et la rend fréquente. — 2. L'intervention est justifiée par les paralysies ou les convulsions, quand celles-ci sont dues à une irritation matérielle ou à une destruction fonctionnelle des centres encéphaliques. — 3. On doit tenir grand compte, pour l'indication opératoire, non seulement des troubles de la motilité, mais encore des troubles subjectifs, sensoriels et sensitifs, car l'existence de ces signes renseigne sur l'endroit qu'il faut trépaner. En résumé : *a*) L'opération est formellement indiquée quand il y a des convulsions et des paralysies symptomatiques. *b*) Pour les épilepsies essentielles, l'opération est empirique et le résultat difficile à apprécier. Néanmoins, on peut trépaner *in extremis* et dans un but explorateur. — 4. Plus la trépanation sera précoce et rapprochée de l'apparition des phénomènes nerveux, plus son succès sera assuré. La réussite de cette opération dépend encore de l'âge ; et, à ce point de vue, on peut dire qu'il y a un rapport inverse, entre le succès de l'opération et l'âge. — 5. Quand les monoplégies coexistent avec les convulsions, comme cela arrive à la suite de troubles fonctionnels et matériels considérables du cerveau, la trépanation est formellement indiquée ; le succès dépend dans ces cas de l'ancienneté des phénomènes. La persistance de ces troubles après l'opération n'infirme pas l'intervention, quand celle-ci a été tardive. — 6. L'opération répétée du même côté ou alternativement des deux côtés, les grandes ouvertures pratiquées dans les os de la voûte du crâne, les grandes incisions des méninges, sont justifiées par le principe de la chirurgie opératoire ; *œuvre complète*. — 7. Enfin, les résultats obtenus jusqu'à présent, à la suite de cette opération rationnelle et scientifique, dans les affections médico-chirurgicales du cerveau, sont assez satisfaisants, pour qu'ils puissent engager les chirurgiens dans cette voie.

J. Rouvier (de Beyrouth).

BULLETIN MENSUEL

DE LA

CLINIQUE HYPNOTHÉRAPIQUE DE LA CHARITÉ

Janvier 1892

SALLE ANDRAL (femmes).

Malades anciennes

Judith B., 21 ans. *Hystérie, névropathie, paralysie des extrémités inférieures.*

La malade a quitté le service. Elle est presque entièrement guérie de son affection qui datait de 14 ans. Elle peut marcher et écrire sans rien ressentir des accidents qu'elle avait au moment de son arrivée.

Madeleine P. *Hystérie, épilepsie.*

Ce mois-ci un mieux semble se manifester. Les crises ont diminué et les secousses nerveuses que ressentait la malade ont disparu.

Joséphine T., 30 ans, cuisinière. *Vomissements depuis trois mois.*

La guérison s'est parfaitement maintenue. La malade peut maintenant servir de sujet transfert.

Jeanne S., 20 ans. *Hystérie, perte de mémoire.*

La malade est partie tout à fait guérie.

Malades nouvelles.

N° 22. Madeleine R., 21 ans, tailleuse. *Mélancolie, idées de suicide, amélioration rapide, obsessions.*

Père et mère bien portants. Une sœur morte d'affection médullaire avec crises. Deux frères nerveux.

Convulsions dans l'enfance. Chorée de 7 à 9 ans. A la suite toujours nerveuse. Mariage d'inclination à 15 ans avec un sous-officier.

A son premier enfant à 19 ans. Pendant la grossesse, troubles

nerveux qui nécessitent l'emploi du bromure de potassium. L'enfant meurt de convulsions et de bronchite à neuf mois.

A l'annonce de sa mort, la mère, très sensible, est prise d'une crise violente convulsive qui dure deux heures. Depuis ce moment elle est atteinte d'idée fixe de suicide avec hallucinations.

Elle voyait son enfant tel qu'elle l'avait vu la dernière fois et cette image persistant ne cessait de l'obséder. Cette idée fixe était, de plus, accompagnée de violentes crises de larmes. Elle entre à l'hôpital le 13 janvier.

Traitée par les miroirs, elle est vite endormie. On commence alors la suggestion qui fait le plus grand bien à la malade. Au bout de quatre séances, les idées fixes disparaissent et, loin de vivre dans le passé, elle commence à penser à l'avenir et désire maintenant la vie qu'elle voulait fuir auparavant.

On continue le traitement par la suggestion.

N° 19. Pauline Min., 15 ans, couturière. *Hystérie, crises convulsives.*

Inutilité des traitements usuels. Amélioration rapide par le transfert.

Père asthmatique, mère bien portante. Un frère bien portant ; une sœur très nerveuse.

A eu la rougeole, la scarlatine et une bronchite jusqu'à présent.

Pas de convulsions dans l'enfance. Réglée assez régulièrement depuis un an.

Début des accidents survenus il y a quatre ans à la suite d'une chute du haut des dunes à Berck-sur-Mer.

A la suite de sa chute, évanouissement, et, à son réveil, s'aperçoit que le bras droit est contracturé.

Cette contracture a duré un mois et a disparu subitement.

A la suite d'une nouvelle chute accidentelle, deux jours après la guérison de son bras, sa jambe gauche se contractura.

Elle fut traitée pour une tumeur blanche.

Il y a un an, contracture des bras et des jambes pendant quatre mois. Il y a neuf mois, début des crises à la suite d'une peur.

Pendant trois mois, deux crises par jour, puis une seule tous les jours, puis une tous les deux jours.

Entrée à la Salpêtrière en juin 1891, dans le service du Dr Charcot. Traitée par les douches, l'électricité sans bromure.

Aucune amélioration, loin de là. Les crises prennent tous les jours, et souvent sept fois par jour.

Entrée à la Charité le 2 janvier. D'abord à la salle Cruveilhier le 2, puis, le 10 janvier, passe à la salle Andral. A ce moment contracture générale de tous les membres.

A la suite d'une crise, la jambe seule reste contracturée.

Nous essayons d'hypnotiser la malade à ce moment ; mais en vain. *Ce n'est que pendant sa crise qu'elle est suggestionnable.*

On en profite pour lui ordonner d'être guérie après sa crise, ce qui se produit aussitôt.

Le 26 janvier, la malade est reprise d'une contracture de la jambe après une crise. Le transfert, opéré quelques instants après, fait immédiatement disparaître cette contracture. Depuis, la malade continue tous les matins les transferts. Les crises diminuent de fréquence et ne se produisent que tous les trois jours

SALLE LOUIS (hommes).

Malades anciens.

N° 26. Henri D. *Contracture des extrémités inférieures d'origine traumatique.*

Ce malade marche maintenant sans canne et descend au jardin.

Louis W., 28 ans, emballeur. *Hystérie, somnambulisme, anesthénie, asthénie musculaire.*

Le mieux persiste toujours. Ce malade a pu faire, en qualité de sujet, plusieurs transferts le mois dernier.

Malades nouveaux.

Louis X. *Attaque subite de léthargie dans la rue, perte de connaissance complète, simulacre de coma apoplectique. Guérison instantanée par la suggestion.* (Voir l'observation détaillée que nous publierons, vu son importance, dans le prochain numéro.)

CONSULTATION EXTERNE (hommes).

Malades nouveaux.

Auguste D., 23 ans, libraire. *Hystérie, crises convulsives. Guérison rapide par les miroirs et transferts.*

Père mort d'accident. Mère bien portante. Deux sœurs bien portantes.

Un évanouissement à l'âge de 4 ans. Vertiges en allant à l'école. Mais la première crise véritable ne se produit qu'à l'âge de 19 ans,

Les crises sont peu fréquentes (dix seulement en quatre ans), mais les vertiges sont, par contre, très fréquentes (tous les jours ou, au moins, tous les deux jours).

Le vertige débute par une sensation de douleur aiguë au niveau du cœur ; puis perte subite de mémoire pendant quelques secondes.

Le sommet de la tête est douloureux à la pression.

Traitement antérieur : Bromure de potassium à haute dose sans résultat.

Amené à l'hôpital le 15 décembre. Traitement par le miroir, sans grand résultat. Le 25 décembre, on commence les transferts et aussitôt l'amélioration se produit. Les vertiges diminuent de fréquence, et, depuis, le malade accuse un mieux sensible.

On continue le traitement.

(Femmes).

Malades nouvelles.

Jeanne C., 17 ans, relieuse. *Céphalalgie, chorée partielle. Guérison par les miroirs.*

Père et mère bien portants. A eu des convulsions dès son enfance, à l'âge de cinq semaines, et depuis a toujours eu des accidents nerveux.

Aucune affection grave jusqu'à présent.

Vient nous consulter le 5 janvier. Depuis qu'elle a commencé à apprendre son métier, il y a cinq ans, la malade est atteinte de violents maux de tête se manifestant dès son réveil et durant toute la journée. Les insomnies sont nombreuses ; la malade est craintive. De plus, elle est atteinte de chorée partielle des muscles quand elle est couchée.

On commence le traitement par le miroir. Dès les premiers jours un mieux sensible se manifeste et s'accroît progressivement.

Le 29 janvier, la malade se juge complètement guérie.

Les maux de tête ont disparu ; elle éprouve seulement encore quelques palpitations.

Par mesure de précaution, on continue encore le miroir pendant quelque temps.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix Frères.

ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

RÉSULTATS IMMÉDIATS D'UNE CRANIECTOMIE

Par M. PRENGRUEBER

Chirurgien des hôpitaux de Paris (1).

Il y a une année environ, M. Lannelongue faisait connaître à l'Académie une opération nouvelle, à laquelle il donnait le nom de craniectomie, et qui avait pour but de faciliter le développement intellectuel des enfants idiots et arriérés.

Le principe de cette opération est le suivant :

Dans bien des circonstances, la microcéphalie, qui se caractérise anatomiquement par l'arrêt de développement du crâne et du cerveau et physiologiquement par l'arrêt de développement des fonctions cérébrales, est due à une réunion prématurée des diverses pièces osseuses qui entrent dans la composition de la boîte crânienne.

A l'état normal, comme on sait, ces diverses pièces sont séparées par des tissus extensibles, des fontanelles, qui ne disparaissent complètement qu'à un âge déjà avancé du sujet, et alors que le développement de son cerveau est complet.

(1) Communication à l'Académie de médecine, le 27 février 1892.

Sous l'influence de causes variées, cette soudure peut se faire en bas âge et, dès lors, l'écartement des pièces osseuses étant devenu à peu près impossible, le cerveau et l'intelligence restent, à peu de choses près, dans l'état de développement imparfait où ils se trouvaient au moment où la soudure s'est produite. Il se passe, pour le crâne et le cerveau, un phénomène analogue à celui que l'on observe aux membres des jeunes sujets, lorsque, pour une cause quelconque, la guérison d'un rachitisme, par exemple, l'épiphyse d'un os long se soude prématurément à la diaphyse de l'os. Le développement de l'os en longueur est arrêté parce que le cartilage de conjugaison, interposé entre ces deux parties de l'os, et qui se trouve alors supprimé, a pour fonction de permettre un développement en longueur.

La craniectomie a précisément pour but de rétablir artificiellement, dans une très large mesure tout au moins, les fontanelles qui ont été supprimées par un processus anormal de développement.

Cette opération consiste, comme on le sait, à trépaner le crâne des microcéphales et à prolonger la perte de substance ainsi produite, de façon à créer une longue brèche, qui libère les os anormalement soudés l'un à l'autre.

Il est impossible de juger définitivement cette opération encore trop récente. Tout ce que l'on peut dire, c'est que jusqu'à présent le résultat que faisait prévoir la théorie semble s'être réalisé, c'est-à-dire que le développement intellectuel de la plupart des craniectomisés encore en petit nombre, dont l'observation a été publiée, s'est fait dans de bien meilleures conditions que si les enfants avaient été abandonnés à eux-mêmes.

Ces résultats encourageants nous ont engagé tout récemment à pratiquer la craniectomie sur un enfant de 9 ans, atteint précisément de microcéphalie avec arrêt de développement intellectuel. Comme chez lui les résultats qui ont suivi immédiatement l'opération sont déjà fort curieux, nous avons pensé qu'il y avait intérêt à les faire connaître, nous réservant de publier ultérieurement les résultats définitifs que l'on ne pourra apprécier que beaucoup plus tard.

L'enfant dont il s'agit ne présente aucun antécédent héré-

ditaire fâcheux. Son père et sa mère sont vivants et très bien portants, et la seule particularité qui ait pu être notée du côté de la mère, c'est qu'elle eut une frayeur vive, alors qu'elle était au huitième mois de sa grossesse. Comme antécédents personnels à l'enfant, notons qu'il est venu par le siège, en état d'asphyxie, et qu'il n'est revenu à lui qu'après cinq minutes d'efforts pour le faire respirer. A ce moment, on nota que sa tête était allongée, avec une large fontanelle. Elevé au sein jusqu'à l'âge de 18 mois, il paraissait se développer normalement, mais, à partir de ce moment, on s'aperçut que son développement intellectuel était en retard par rapport au développement des enfants de son âge. Il n'a marché qu'à l'âge de trois ans ; jamais on n'a pu le rendre propre ; il n'a pu apprendre ni à parler, ni à lire, et son intelligence, son jugement, son adresse à manier les objets que l'on met entre ses mains sont à neuf ans ce qu'ils sont chez un enfant de trois à quatre ans.

Au moment où nous sommes appelé à l'examiner pour la première fois, son aspect général ne peut laisser aucun doute sur son état cérébral. Ses yeux sont hébétés, sa lèvre inférieure est renversée en dehors, et, presque constamment, sa langue est hors de sa bouche toujours ouverte, laissant écouler sa salive qu'il n'a l'instinct ni d'avaler, ni d'essuyer ; des mucosités nasales coulent de son nez sans qu'il ait jamais eu l'idée de les faire disparaître. Il ne peut rester en place, déchire tout ce qu'il trouve, ignore l'usage des objets les plus vulgaires et, lorsqu'on les lui met dans la main, il les laisse tomber, ce qui fait croire qu'il n'a pas de force, alors que son système musculaire est très bien développé et qu'en réalité il pourrait, d'une simple poussée, faire tomber une personne plus grande que lui.

L'examen du crâne montre qu'il est allongé verticalement ; la suture fronto-pariétale — et nous appelons tout particulièrement l'attention sur ce détail — forme une saillie très marquée ; les fosses frontales et pariétales sont complètement effacées, alors qu'au contraire la protubérance occipitale forme une proéminence considérable. Le crâne est en outre asymétrique, le côté gauche étant notablement moins développé que le côté droit.

Notons cependant que chez cet enfant, certaines facultés

paraissent conservées : sa mémoire est relativement bonne, il est affectueux, il aime la musique. Bref, il ne s'agit pas là d'un cerveau complètement atrophié, et le diagnostic porté par le Dr Deny, médecin de Bicêtre, qui a étudié le malade, est celui « d'idiotie simple ». Ce sont ces conditions assez favorables qui nous engagent à intervenir.

Nous ne nous attarderons pas à décrire la craniectomie que nous avons faite — aidé par nos confrères Chouppe et Janicot — et les précautions antiseptiques rigoureuses que nous avons prises en cette circonstance. Nous ne nous sommes pas écarté, sur ces deux points, des méthodes aujourd'hui classiques.

Il nous suffira de dire que la brèche osseuse que nous avons pratiquée, courbe, à concavité inférieure, sensiblement parallèle à la suture sagittale et à trois centimètres environ de celle-ci, avait 2 centim. de large ; la corde de cette courbe avait 9 centim. de long, ce qui donne 10 à 11 centim. de longueur totale à la perte de substance. Cette brèche portait sur le côté du crâne dont l'aplatissement était le plus considérable, c'est-à-dire, comme nous l'avons indiqué, plus haut, à gauche.

Nous noterons également — point fort important — que la paroi osseuse, d'une épaisseur peu au-dessus de la normale dans la plus grande partie de son étendue, avait, au contraire, une très grande épaisseur au niveau de la suture fronto-pariétale. A la saillie extérieure, constatée avant l'opération, et que nous venons de signaler, correspondait une saillie intérieure, une véritable exostose intra-crânienne comprimant fortement à ce niveau la masse encéphalique ; cette dernière, d'ailleurs, était également comprimée dans son ensemble, ainsi que le démontrait la saillie excessive de la dure-mère entre les lèvres de la brèche que nous venions de faire.

Nous eûmes soin, avant de terminer l'opération, d'enlever cette saillie fronto-pariétale aussi complètement que possible, de telle sorte qu'à son niveau, la perte de substance osseuse, au lieu de 2 centimètres de large, en avait 4 à 5, se dirigeant en bas et en dehors.

Les suites opératoires furent des plus simples ; l'opéré, dès qu'il fut réveillé, demanda à manger et à se lever pour

s'amuser. Cet état favorable se maintint jusqu'à la cicatrisation complète.

Mais, et c'est là ce qui nous a engagé à relater le fait, dès les premiers moments qui suivirent l'opération, on put constater que l'enfant en avait déjà bénéficié au point de vue de ses fonctions cérébrales.

Inutile de dire que nous étions loin de nous attendre à un pareil résultat ; aussi aurions-nous hésité à le publier, sachant avec quelle facilité on peut se faire illusion dans les faits de cette nature, si la réalité d'une amélioration immédiate n'avait été démontrée par l'enquête personnelle à laquelle nous nous sommes livrés, aidé de notre confrère Chouppe, et qui a été renouvelée à plusieurs reprises, non seulement auprès de la famille de l'enfant, mais encore auprès des nombreuses personnes qui l'entouraient et le connaissaient.

D'ailleurs, les améliorations constatées peuvent être classées en deux catégories, et si, pour l'une d'entre elles, le doute peut être permis, dans l'autre, ainsi qu'on le verra, ce doute n'est plus possible. Dans la première catégorie se placent les améliorations contestables, parce qu'il s'agit d'une appréciation en plus ou en moins, et que, dès lors, il est facile de se laisser, malgré soi, entraîner à voir ce que l'on désire. Aussi, n'insisterons-nous pas, outre mesure, sur les faits qui rentrent dans cette catégorie et qui sont les suivants : l'aspect général du malade semble meilleur, son jugement paraît avoir progressé, son langage est plus compréhensible. Bien que ces améliorations soient certaines pour nous et pour tous ceux qui entourent le malade, nous reconnaissons qu'elles n'ont qu'une valeur relative.

Mais à côté de ces constatations dont il est permis de contester l'exactitude, il est un certain nombre de faits matériels, positifs, que nous rangerons dans une seconde catégorie et qui nous semblent devoir forcer la conviction.

Lorsque nous vîmes le malade pour la première fois, ses lèvres tombantes, avons-nous dit, laissaient écouler perpétuellement la salive que l'enfant n'avait ni l'instinct d'avaler au fur et à mesure de sa production, ni l'instinct d'essuyer. Or, le lendemain de l'opération la salive ne s'écoulait plus des lèvres, et si de temps à autres celles-ci étaient

encore mouillées, de lui-même, sans y être invité, notre petit opéré s'essuyait.

Dans le même ordre d'idées, jamais, ainsi qu'il résulte des affirmations réitérées de l'entourage du malade, ce dernier n'avait eu l'idée de se moucher pour se débarrasser des mucosités qui s'écoulaient de ses fosses nasales. Dès le lendemain de l'opération il essuyait ces mucosités, il se mouchait.

Son adresse à se servir des objets qu'on lui présentait s'était sensiblement accrue ; et là il n'y a pas seulement une appréciation en plus ou en moins : deux faits positifs démontrent l'amélioration. Avant l'opération l'enfant laissait tomber les jouets mis entre ses mains ; il ne savait se servir d'aucun d'entre eux, si simple qu'en fût le mécanisme. Après l'opération, il pouvait jouer d'une petite trompette et il manœuvrait convenablement un de ces petits canons à l'aide desquels les enfants lancent au loin de petits bouchons de liège. Or, antérieurement à notre intervention, on n'avait jamais pu lui apprendre à jouer de la trompette et à faire partir son petit canon.

Enfin — et ce symptôme dûment constaté, à plusieurs reprises, est certainement le plus important — lorsque l'enfant sentait le besoin d'uriner, il en avait conscience et prenait ou demandait un vase pour recueillir ses urines. Parfois encore, il pissait au lit, mais c'était là un accident tout à fait exceptionnel, alors qu'avant l'opération il se produisait constamment. Depuis sa naissance, en effet, il urinait dans son lit s'il était couché ; debout il urinait dans ses vêtements, absolument comme l'enfant en bas âge chez lequel les fonctions s'exécutent sous l'influence des sensations perçues et jamais sous l'influence du raisonnement.

Quels seront les résultats ultérieurs de cette craniectomie ? il est impossible de s'en rendre compte à l'heure actuelle, et ce n'est que dans plusieurs mois, et même plusieurs années, qu'on pourra se prononcer à cet égard, mais dores et déjà, comme on le voit, les résultats sont satisfaisants, et c'est à ce titre qu'ils nous ont paru dignes d'être signalés.

Quant à la cause de cette amélioration immédiate, voici suivant nous comment on peut l'expliquer.

D'abord, ainsi que nous l'avons noté, la saillie que faisait le cerveau entouré de ses enveloppes entre les lèvres de la solution de continuité osseuse nous montre que cet organe était comprimé dans son ensemble. Rien d'étonnant, par conséquent, à ce que la décompression immédiate de l'organe lui ait immédiatement permis un fonctionnement plus parfait.

Mais ce n'est pas tout : nous avons noté que la suture fronto-pariétale faisait une forte saillie extérieure à laquelle correspondait une saillie intérieure de même nature. En d'autres termes, le cerveau, au niveau de cette suture fronto-pariétale, était comprimé par une véritable tumeur osseuse que l'opération fit disparaître. On peut admettre que la suppression de cette compression localisée, agissant dans le même sens que la décompression générale, a contribué, dans une certaine mesure, à l'amélioration constatée. On peut encore admettre que la brèche artificielle permettant à la circulation cérébrale de se faire plus facilement et plus complètement, a facilité la mise en action d'éléments nerveux muets jusqu'alors.

LA POÉSIE CHEZ LES ALIÉNÉS

Par Paul Moreau (de Tours).

Y a-t-il beaucoup de personnes qui n'aient pas éprouvé plus ou moins l'influence exercée sur les fonctions intellectuelles par les liqueurs alcooliques, les infusions théiformes: café, opium, hachich, etc. ? Ces agents peuvent, il est vrai, troubler profondément les facultés, les anéantir même ; mais ces résultats extrêmes dépendent essentiellement de l'abus qu'on peut en faire ; et dans tous les cas il est toujours une première phase de leur action (phase intermédiaire à l'état normal ou plutôt habituel, et à l'état pathologique) dans laquelle, loin d'être troublées ou perverties, les facultés sont simplement imprégnées d'une énergie et d'une activité nouvelles, l'imagination plus active est toujours prête à séjourner dans les espaces, à se plonger dans la rêverie. C'est cet état de l'âme qu'on a presque divinisé et sans lequel il n'y a point d'inspiration poétique.

Or, ces phénomènes se retrouvent dans le cours de certains états pathologiques.

Le mouvement réactionnel auquel en pathologie on donne le nom de *Fièvre*, en déterminant vers les centres nerveux un afflux de sang plus copieux et plus rapide à la fois, imprime aux fonctions de ces organes plus d'activité, aux perceptions plus de finesse, aux sens une sensibilité inaccoutumée, et s'établit alors ce que Broussais appelait des *érections vitales morbides*.

Il est fréquent de voir dans le cours des maladies aiguës, les idées revêtir un caractère grandiose, le langage acquérir une sublimité inconnue et c'est avec raison que Broussais a pu dire : « Dix vibrations au lieu de cinq, dans un temps donné, peuvent transformer un homme ordinaire en un prodige, en ranimant la mémoire qui fournit à l'intelligence des matériaux qu'elle retrouvait difficilement. »

Il y a longtemps déjà que l'influence du mouvement fébrile sur le développement des facultés intellectuelles a fixé l'attention des savants, et sans vouloir rappeler ce poète de Syracuse qui, au dire d'Aristote, ne montrait jamais plus de verve que lorsqu'il était fou, un célèbre médecin espagnol du commencement du quinzième siècle, Huarte

dit dans son livre si remarquable de l'*Examen des Esprits* « quand le cerveau de l'homme vient chaud au premier degré, il est fort éloquent et a beaucoup de belles choses à dire. »

Aujourd'hui l'influence de ces réactions sur les facultés intellectuelles est admise sans conteste.

Notre but n'étant pas ici de discuter le pourquoi de ces phénomènes, nous avons dû cependant indiquer les généralités précédentes pour jeter quelque lumière sur les faits que nous allons exposer et montrer qu'il n'y a pas lieu de s'étonner de voir certains aliénés en proie au plus profond délire écrire parfois des vers que ne désavoueraient pas un poète en pleine possession de son talent.

I

Dans un journal fondé à Charenton en 1865, et rédigé par les malades eux-mêmes, on voit que pour certains aliénés penser en prose, à la façon de M. Jourdain, ne suffit pas ; ce sont des raffinés, il leur faut de la poésie. Adorant les vers, les vers de circonstance surtout, ils sont bien forcés d'en faire. Ils ne s'en font pas faute dans les occasions solennelles, entre autres, où il y a quelques fêtes à célébrer

Exemple (1).

Le monde en théâtres abonde
Où chacun prône ses acteurs,
Et la comédie au grand monde,
Ne manque pas de spectateurs.
C'est pourquoi Charenton, pour imiter la ville,
S'est dit qu'il lui fallait un théâtre monté ;
Sitôt dit, sitôt fait: le théâtre en famille
Fut bâti, machiné, démonté, remonté.

2

Au jour de sa naissance, il acquit de la vogue
A Charenton.
Mais la mode exigeant, de rigueur, un prologue
(C'est de bon ton)
Nous avons eu l'idée hardie et saugrenue
De l'adopter.
Et nous vous accablons de rime biscornue
Sans répéter.

(1) Dans toutes ces pièces, nous respectons scrupuleusement l'orthographe des manuscrits.

3

Un prologue a pour but de chanter l'ouverture
Du théâtre, — et toujours ce prologue est en vers ;
Or, le prologue ici pêche contre nature,
Car depuis fort longtemps le théâtre est ouvert.
En outre, pour des vers, il faudrait un poète :
Et le poète, — un vrai, — n'eut voulu s'engager
Pour Charenton, peut-être, à faire une saynète
Qu'un fou pour ce motif s'est permis d'essayer.
Etc., etc.

Ces fêtes ne reviennent que trois ou quatre fois par an ; en revanche il y a salon deux fois par semaine, les jeudi et dimanche ; chacune de ces soirées peut être une occasion nouvelle de poésie, si nous en croyons le *Glaneur* (nom que portait le journal).

... C'est incroyable ! et pourtant la démence
Y va plus loin, disons-le tout au long :
Des cerveaux en déroute y poussent l'imprudence
Jusqu'à faire des vers en l'honneur du salon !

Il ne faut pas croire que la poésie de Charenton n'excelle que dans ce genre aux allures légères ; elle a aussi des nobles élans, témoin, à propos de la Mi-Carême, le quatrain suivant :

Oui le maigre Carême, en prêchant l'abstinence
Après un Carnaval un peu trop plantureux,
Prédicateur muet, nous dit en son silence :
O mortels bien repus, songez aux malheureux !

Témoins encore ces accents émus :

Depuis cette fête éphémère
Qui de chacun stimula les efforts
Et qui pour des anciens fut la fête dernière,
Nombre de fous sont morts !
Parmi lesquels.....
.....
A ceux qui parmi nous ont quitté cette terre,
Un mot de souvenir, au nom de Charenton.

La prose cependant n'était pas exclue de ce journal, comme pour mieux engager leurs confrères de Paris à venir les

voir, les rédacteurs du *Glaneur* publiaient dans un de leurs numéros un article sur *Madapolis* (la ville des fous), nom qu'ils avaient donné à Charenton, dont nous extrayons les passages suivants :

Les fous ont de la renommée
On en parle partout même au PETIT JOURNAL,
Et quoique au grand format la folie soit paminée.
Pour que tous les journaux ait crié sur ce thême
Il faut certainement qu'ils n'aient plus leur raison,
C'est pourquoi nous croyons nous-même
Qu'il leur faut revoir Charenton.

Quelques mots sur Madapolis.

« A Madapolis, les hôtels fourmillent, depuis les grands hôtels où règnent un luxueux confort, jusqu'aux petits hôtels dont les prix sont modiques et la vie matérielle convenable.

« Les établissements de Madapolis jouissent d'une juste célébrité et attirent à chaque saison de nombreux étrangers ; la vertu curative de ses douches a une réputation colossale.

« Les jardins publics, parcs et promenades de Madapolis qui sont très fréquentés dans la belle saison ; qui comme la ville s'étalent en amphithéâtre et peuvent rivaliser avec les jardins suspendus de Babylone, sont plantés de beaux arbres d'essences variées.

« Les fruits et les fleurs y abondent. La ville est éclairée au gaz, le gaz éclaire même la maison de chaque habitant.

« Les rues, les places, les jardins sont admirablement tenus.

« Le service de la poste aux lettres s'y fait avec une ponctualite digne d'éloges.

« La Société, *dont une excellente lettre d'introduction nous a ouvert les portes*, est aimable, gracieuse, bienveillante.

« Elle donne peu de dîners, mais beaucoup de bals, de soirées et de réunions musicales, dans lesquelles brillent modestement des talents sérieux.

« Quant aux femmes, quant à la musique, quant aux toilettes, nous n'en parlons pas, un de nos confrères en ayant déjà dit un mot dans un article intitulé : la *Madapolitaine*.

« En résumé, Madapolis est une ville agréable à habiter, hospitalière, amie des beaux-arts, et offre tant de charmes aux étrangers que la *plupart de ceux qui y viennent pour affaires finissent par s'y établir.* »

Annonces.

« Un pensionnaire abandonnerait, moyennant une indemnité convenable, sa position dans une maison de santé. — S'adresser à M. X... Grande-Rue, 51, à Saint-Maurice. (Affranchir). »

Il est difficile de donner une description plus complète et plus exacte de la maison de Charenton. Les grands hôtels constituent les logements des pensionnaires de première classe, les petits hôtels ceux des classes secondaires. La lettre d'introduction est le certificat médical nécessaire à l'admission, etc., il n'est pas jusqu'à l'adresse précise de l'asile qui ne soit indiquée aux annonces par l'auteur même de l'article qui, peu amoureux des charmes de sa résidence actuelle voudrait bien changer avec quelque autre personne ; d'ailleurs il est peu exigeant : une modeste indemnité lui suffirait.

II

Mais laissons Charenton et son journal, et donnons quelques observations de malades dont le délire est nettement caractérisé.

Nous avons connu une jeune personne de vingt-deux ans qui présentait à un haut degré le phénomène psychique dont nous nous occupons. L'éducation de cette demoiselle avait été soignée, mais dans l'état habituel, l'intelligence ne dépassait pas la moyenne.

A la suite de circonstances particulières, Mlle X... fut prise d'un violent accès d'exaltation maniaque. Dans son délire, elle s'exprimait parfois avec une véritable éloquence, un choix d'expression rare. On ne saurait se faire une image plus parfaite de l'inspiration ou plutôt de la fureur poétique ; Mlle X... passait la journée à écrire des vers sur une foule de sujets. Elle les écrivait avec une incroyable rapidité, sans hésitation aucune. L'agilité de sa plume ne pouvait suffire à l'abondance de ses pensées. Mlle X... semblait plutôt écrire sous la dictée de quelque être mystérieux que d'après ses propres inspirations : c'est à peine, comme elle le disait elle-même, si elle avait conscience de ce qu'elle faisait. Son écriture naturellement fort correcte, était à peu près indéchiffrable, et en se relisant, Mlle X... semblait plutôt réciter de mémoire que d'après les caractères hiéroglyphiques tracés sur le papier. Dans son état de calme, il lui était presque aussi impossible qu'à toute autre personne d'y rien reconnaître.

Ces vers sont loin, assurément, d'être irréprochables sous tous les rapports; on y remarque beaucoup d'emphase, d'exagération ; les néologismes y abondent, mais il s'en rencontre aussi qu'un véritable poète ne désavouerait pas, et qui sont frappés au coin d'une justesse et en même temps d'une originalité d'expression et d'idée extraordinaires.

Mon père a eu occasion d'observer, pendant près de deux années, à Bicêtre, un jeune homme appartenant à une famille dans laquelle les hommes d'intelligence sont communs, qui était tombé, tout d'un coup, sans cause appréciable, dans un état d'excitation analogue à celui de Mlle X...

Plusieurs jours avant, et plusieurs jours après l'accès, il passait une grande partie de son temps à écrire et à composer des vers. Tous les sujets lui étaient bons, et il eut été difficile de trouver dans ses compositions des traces de l'état maladif dont il sortait à peine, et dans lequel il devait retomber quelques jours plus tard. L'exaltation s'élevait parfois à un haut degré d'intensité, à ce point qu'il fallait avoir recours au gilet de force. C'est dans un de ces moments que mon père l'entendit, un jour, s'arrêtant tout à coup au milieu de ses divagations, s'écrier :

Ah ! le poète de Florence
N'avait pas, dans son chant sacré,
Rêvé l'abîme de souffrance
De tes murs, Bicêtre exécré,
Pandémonium de la misère !

La même ardeur poétique se rencontre chez M. X.... atteint de mélancolie profonde et d'hallucinations de l'ouïe. Cet intéressant malade, dans un volumineux mémoire, raconte ainsi comment il devint poète (encore jeune, on le fit voyager pour le distraire des idées sombres qui le poursuivaient depuis la mort de sa mère) : « Un an de distractions jointes à certaines émotions d'une nature grave, et l'une d'elles fut pénible, n'apportèrent aucune modification à la tristesse de ma préoccupation filiale ; mais dans ce voyage, sous l'empire des beautés de la nature, une verve poétique d'un cachet élégiaque tout particulier, jaillit littéralement de mon cœur et de ma tête... »

Ses hallucinations augmentant, et ayant commis, à plu-

sieurs reprises, des tentatives de suicide, il fut conduit dans une maison de santé.

Sous l'empire de ses hallucinations, M. X... composa son poème fantastique qu'il intitula : *Mes nuits*.

« C'est, dit-il, dans ce poème, mystérieux pour moi-même si longtemps dans son sens caché, pénétré pour le malheur de ma famille et pour le mien, que commence la voie la plus extraordinaire qui ait pu être ouverte depuis Nostradamus à un médecin et surtout à un poète.

« Dante, Tasse, Shakespeare, Milton, Dryden, Bryon, Young, ont tour à tour prêté quelques idées de leur délire au verbe délirant qui a dicté à ma plume cette inspiration de ma vingt-sixième nuit. J'y parcours dans le rêve de la pensée une région qui ne s'était jamais montrée à aucune de mes rêveries. J'y vois des choses que jamais œil humain n'avait vues, j'y apprends des mystères que la science ne m'avait pas révélés, et j'y parle un langage que je n'avais jamais appris, jamais entendu, sous une forme qui m'était inconnue, dans un idiome symbolique auquel j'avais toujours été étranger.

« Voici comment je m'élance de cette planète pour monter, d'essor en essor, je ne sais vraiment où. »

Or, j'étais emporté par la noire cavale
Que la mort appela des gouffres de l'enfer :
Sa croupe était d'airain, sa tête était de fer,
Sa crinière colossale
Battait ses vastes flancs tout comme la rafale
Bat le navire en pleine mer !

La terre s'entr'ouvrait partout sur son passage,
Mille feux plus brûlants que les feux de l'orage
Sortaient en tourbillons de son gouffre béant,
Et l'air qui déchirait sa course
S'embrasait, car sa queue épuisait à leurs sources
Tous les fleuves de l'Océan !

Le monde des vivants s'effaçait comme une ombre
Que recouvre la nuit de son long voile sombre...
Et le monde des morts s'étalant à mes yeux...
Je voyais d'effrayants fantômes
Paraître et disparaître ainsi que des atômes
Flottant sous l'astre radieux.

Et ce monde nouveau comme le premier monde
Disparut, et mon œil vit une mer profonde
Rouler des flots de sang et des membres de morts
Et ma cavale vigilante
Rongea ces os de morts, but cette onde sanglante
Et m'entraîna sur d'autres bords.

Je vis de ses naseaux jaillir une étincelle
Dont la vive clarté brillait comme le jour...
Puis je vis s'enfuir la cavale
Et j'entendis en haut une voix virginale
Me dire : « Viens en mon séjour. »

Il serait trop long de raconter tout ce qui lui arriva dans ce voyage et toutes les rencontres qu'il y fit ; la mort est toujours la muse qui le conduit et qui, dans son rêve, l'a confié à cette cavale infâme ; désireux de revenir sur la terre, il rappelle sa bête et se remet en selle, lui recommandant bien de se garer d'un ange qu'elle rencontrerait aux confins du monde...

Donc, foulant sous ses pieds la couche des orages
La cavale fendait l'éther...
Et séchait, en courant, les groupes de nuages
Que heurtait sa tête de fer.

Puis je la vis après se ruer sur la terre
Et se transformer en vautour...
Puis, cingler vers la nue et reposer sa serre
Sur le vieux créneau d'une tour.

Et puis je l'entendis pousser des cris funèbres,
Battre de l'aile et s'élancer
Dans un gouffre profond où malgré les ténèbres
Je voyais des ombres passer,

Et puis je vis un effrayant cratère
D'où sortait une lave en feu
Et des ombres venaient boire, avec mystère
Et puis en emportaient un peu.

Tout à coup j'aperçus un funéraire sceptre
Se dresser sur notre chemin
Et remettre au vautour et le glaive et le spectre
Qu'il tenait cachés dans sa main.

Et cette vision disparut... A sa place
Je vis s'amonceler des eaux,
Qu'un vent impétueux pareil au vent qui glace
Couvrait d'immobiles vaisseaux.

Et le vautour cria... sa plainte sépulcrale
Attira mille autres vautours
Qui se mordaient entre eux, sur la troupe rostrale
Des vaisseaux transformés en tours.

Puis le vent s'apaisa, je reconnus la terre
Où je vis passer devant moi
Des fantômes sanglants armés d'un cimeterre
Qui s'écriaient tous : « Haine au Roi ! »

Mais le vautour eut peur, car une main de flamme
Ecrivit devant lui ces mots :
« Je suis celui qui suis, moi qui frappe l'infâme,
« Et qui démasque ses complots. »

« Anathème ! Anathème ! à cette Babylone
« Dont les crimes m'ont indigné !
« Oui, je la briserai comme je brise un trône
« Quand ce trône m'a dédaigné...

« Et je disperserai comme de la poussière
« Chacun de ses impurs enfants...
« Et je la brûlerai du feu de ma colère
« Moi, le roi des rois triomphants.

« Et puis, j'effacerai son nom de mon royaume
« Et la poudre de ses débris
« Jusqu'au jour éternel où Gomorrhe et Sodome
« Se lèveront avec Paris... »

Alors tout disparut, et le vautour lui-même
En sifflant se perdit dans l'air.
Et la main qui traça le terrible anathème
Jeta mon âme dans la chair.

Un autre malade non moins intéressant enfermé à Charenton était en proie à un délire partiel et systématisé. Le malade interprète toutes les paroles, toutes les actions, même les plus insignifiantes dans le sens de ses fausses conceptions. Veut-on discuter avec lui, lui démontrer qu'il est dans l'erreur, en vain on épuise tous les arguments, en vain on lui fait toucher du doigt la vérité. Il combat et se retranche derrière ses convictions avec une inébranlable opiniâtreté. Parvient-on à lui faire avouer que telle invention qui absorbe son intelligence est irréalisable, on croit à sa guérison, on reçoit les promesses les plus formelles, mais une heure après, les mêmes convictions reparaissent.

On connaît l'histoire de cet inventeur du mouvement perpétuel que M. Trélat conduisit chez Arago. Aux déclarations nettes, positives et précises du grand savant, notre inventeur resta comme atteré et fondit en larmes en voyant

s'évanouir sa chimère. On le crut guéri; le lendemain il répétait qu'Arago était dans l'erreur. Placé sur un terrain différent, notre malade raisonne souvent avec justesse, conserve sur une foule de points des appréciations exactes, et semble jouir d'une santé intellectuelle parfaite.

Les vers suivants qu'il composa pour une pensionnaire qui devait sortir le lendemain de la maison de santé ne peuvent laisser soupçonner un délire aussi profond, aussi incurable.

A Mme E.

Quand l'heure du départ pour vous sera venue
Je bénirai le ciel qui vous aura rendue
Aux lieux qui vous sont chers — les regrets d'un époux
Et d'un fils bien-aimés vous rappellent chez vous ; —
Mais je serai chagrin ! et c'est d'un œil humide
Que je constaterai que votre place est vide
A la table où le soir nous prenons nos repas.
Content de vous y voir je ne la quittais pas,
Mais vous n'étant plus là je prendrai ma retraite,
Je fuirai le salon ! Encore que l'on me traite
Avec quelques égards, plus rien à Charenton
Ne sourira plus, ne me sentira bon.
Allez, Mistress Emma, reprendre votre place
Dans ce monde élégant dont vous êtes l'orgueil,
Qu'un douloureux passé de votre esprit s'efface .
Quand de votre maison vous franchirez le seuil !
Quant à moi, PAR LE SORT TRAITÉ COMME LE TASSE
Des êtres incompris je subis la disgrâce
Et n'ai plus d'autre chant qu'un long cri de douleur.
Mais où vais-je de Tasse invoquer la mémoire ?
N'ayant point son génie, ai-je part à sa gloire ?
A peine ai-je avec lui de commun le malheur !!!

(A suivre.)

DOCUMENTS RELATIFS

A L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU CERVEAU

1° Modifications survenues dans l'état du cerveau chez trois sujets cancéreux,

Par J. Luys (1).

M. Luys ayant mis indistinctement les cerveaux des sujets qui ont succombé dans son service dans une solution d'acide azotique, et, ces cerveaux ayant été traités par les mêmes procédés de dessiccation, il a été frappé de voir qu'un certain nombre d'entre eux se présentaient avec une manière d'être toute spéciale (2).

En recherchant quelles étaient les conditions propres des individus à qui ils avaient appartenu, il a été frappé de constater qu'ils provenaient de sujets cancéreux.

Le premier dont il présente l'échantillon à la Société de biologie appartient à un homme qui a succombé à un cancer de l'estomac à l'âge de soixante-cinq ans ; le second appartient à une femme de soixante-dix ans qui a succombé à un cancer du cardia et de l'œsophage.

Voici en quoi consiste la modification : les circonvolutions,

(1) Communication faite à la Société de Biologie insérée au *Bulletin de la Société de Biologie*, juillet 1876.

(2) Le procédé usuel généralement employé pour la conservation des cerveaux et formulé par Broca consiste à les plonger dans un bain contenant pour 100 volumes d'eau 10 à 12 volumes d'acide azotique. Après avoir enlevé la pie-mère avec précaution et séparé par une incision les deux lobes droit et gauche l'un de l'autre, on les lave avec soin, pour les expurger du sang qu'ils contiennent, puis on les immerge dans le bain acidulé pendant quinze à vingt jours, en ayant soin de les visiter souvent et d'ajouter quelques portions d'acide pour maintenir le bain au même degré de saturation. Quand on juge qu'ils sont suffisamment durcis, on les retire du bain en ayant la précaution de les laisser sécher à l'air libre et à l'ombre, et en les faisant reposer sur une grosse éponge.

M. Luys conseille de perfectionner ce procédé en plongeant les cerveaux, au sortir du bain d'acide azotique, dans une solution saturée de sulfate de zinc. Après une série d'essais variés il a reconnu que cette solution était la plus efficace pour augmenter le durcissement et pour maintenir la coloration blanchâtre du cerveau. Une fois le cerveau suffisamment sec, il étend au pinceau une couche de vernis copal et conserve les pièces ainsi préparées à l'abri de l'air et dans un lieu frais.

celle de la face externe et interne, sont toutes séparées par des sillons très profonds, elles sont émaciées, réduites de volume et leur contour au lieu d'être arrondi est taillé à pic,si bien que leur face supérieure et leurs bords forment une arête vive. Il résulte de la résorption de la substance corticale que les plis cérébraux sont distants les uns des autres et qu'ils sont séparés entre eux non plus par des sillons, mais par des espèces de ravines profondes et irrégulières. Il est à noter que cette modification caractéristique de l'aspect morphologique du cerveau ne se présente pas d'une façon aussi nette avant l'immersion dans le bain d'acide azotique, et que c'est à l'intervention de ce réactif que l'on doit la mise en saillie de cet aspect de la substance cérébrale.

M. Luys se contente pour le moment de signaler ce fait nouveau à l'attention de la Société, se réservant de poursuivre ultérieurement cette étude, qui ne s'appuie aujourd'hui que sur un nombre restreint d'observations, et qu'il s'agit de compléter d'une part par l'examen direct de l'histologie du cerveau au point de vue des modifications survenues dans la constitution des divers éléments de la trame cérébrale, et d'autre part, par des examens comparatifs destinés à montrer si d'autres états diathésiques tels que la tuberculose, la scrofule, la syphilis, etc., ne seraient pas aptes à déterminer dans le cerveau des modifications de même ordre.

2° Description du cerveau d'une femme imbécile.

M. Luys fait passer sous les yeux de la Société, une série de cerveaux normaux, recueillis chez des sujets de divers âges et destinés à montrer par comparaison les différences notables qu'ils présentent avec celui d'une femme imbécile morte dans son service, dont il apporte le spécimen.

Il s'agit, en effet, d'une femme morte à l'âge de soixante-cinq ans, et qui a passé toute sa vie à la Salpétrière. Elle y était entrée dans sa jeunesse et avait été placée dans la division des idiotes ; elle se développa peu à peu, régulièrement, sans cependant pouvoir apprendre ni à lire ni à écrire ; et, comme elle ne présentait aucun vice de caractère, elle fut, à un moment donné, placée dans la catégorie des admises. Elle passa toute sa vie dans les dortoirs, allant et venant comme toutes ses compagnes, et sans aucune infirmité. Elle répondait juste aux questions qu'on lui faisait, elle prenait régulière-

rement ses repas, et occupait ses loisirs à faire de la charpie. La seule passion qu'elle manifesta dans toute son existence, fut l'attraction invincible qui l'attirait vers les chats ; elle aimait passionnément tous ceux de l'établissement, elle se privait de ses aliments en leur faveur, si bien que, quand elle sortait, elle avait toujours après elle une troupe de chats qui lui faisaient cortège. On l'appelait communément la Mère aux chats.

Cette femme fut prise subitement d'accidents de congestion cérébrale auxquels elle succomba. L'examen de son cerveau fit constater les particularités suivantes : d'une manière générale il était régulièrement constitué, seulement il était de petit volume ; les divers systèmes de circonvolutions cérébrales étaient tous également représentés à droite et à gauche, seulement chacun d'eux était grêle et les sillons de séparation peu profonds. Les circonvolutions, première, deuxième et troisième frontales, étaient réduites à l'état de plis à peine ondulés et de très petit volume ; les plis du lobe sus-orbitaire étaient à peine indiqués ; la frontale et la pariétale ascendantes étaient pareillement de petit volume ; celles des régions pariétales et occipitales étaient aussi très peu développées. A la portion interne des hémisphères, la circonvolution crétée était à peine marquée, et le détail qui a paru le plus important à noter dans cet examen a été le lobe carré. Le lobe carré en effet, dans le lobe gauche, était réduit à l'état rudimentaire, c'est à peine s'il présentait une ou deux incisures ; transversalement il mesurait 2 centimètres. La même région du lobe carré, examinée dans le lobe droit, présentait au contraire une plus grande surface, il mesurait 3 centimètres de largeur, et de plus était occupé par un sillon coupé lui-même par deux incisures transversales. Les parties centrales du cerveau n'ont présenté, en apparence, rien de bien notable à signaler.

En somme, il s'agit d'un cerveau d'imbécile caractérisé par l'arrêt de développement des circonvolutions frontales et du lobe carré du côté gauche. Inutile d'ajouter que la circonvolution supplémentaire, dont M. Luys a signalé la présence dans la précédente séance, faisait ici complètement défaut.

JOURNAUX RUSSES

Systèmes de fibres du plancher du 3e ventricule.

MM. Darkchevitch et Pribitnof, dans une communication à la Société de Psychiatrie de Moscou, ont reconnu les quatre systèmes de fibres suivants :

1°) Le croisement des fibres optiques ; 2°) La commissure dite de Gudden ; 3°) La commissure dite de Meynert, et 4°) un système particulier décrit par Forel et appelé par M. Dârkchevitch, l'entrecroisement de Forel.

Les auteurs ont fait des recherches comparatives sur un cerveau de nouveau-né avec anophtalmie bilatérale congénitale, sur un cerveau normal de chat et sur celui de chat, avec dégénérescence de différentes parties du cerveau ; ils en tirent les conclusions suivantes.

L'entre-croisement dit de Forel se fait au dépens des fibres de la couche optique situées immédiatement en avant du noyau rouge.

Ces fibres passent entre le faisceau de Vick d'Asyr et le corps calleux, se dirigent sur le plancher du 3e ventricule, s'y croisent avec les mêmes fibres venant du côté opposé, longent la surface ventrale du pédoncule cérébral et vont au noyau lenticulaire qu'ils abordent à sa surface basale.

La commissure dite de Meynert est composée de deux systèmes de fibres : *a*) de fibres du nœud médian allant au noyau de Luys et au noyau lenticulaire du côté opposé et *b*) de fibres réunissant le noyau de Luys avec le noyau lenticulaire du côté opposé. La commissure de Meynert n'est donc pas une commissure proprement dite ; elle est composée de deux systèmes de fibres d'origine complètement différente.

La commissure de Gudden est composée de fibres qui naissent dans le corps génouillé interne, suivant la face dorsale de la bandelette optique en lui adhérant fermement, se croisent avec les fibres venant du côté opposé sous le plancher du 2e ventricule, atteignent l'hémisphère opposée et entrent dans le noyau lenticulaire à sa face basale avec les fibres de la commissure de Meynert.

La communication est suivie de démonstration de plusieurs dessins et coupes microscopiques. J. T.

(*Wratch*, 1891, n° 14.)

Société de Psychiatrie de Saint-Pétersbourg.

SÉANCE DU 18 JANVIER 1892.

P. J. ROSENBACH communique *un cas de névrose traumatique*. Le malade est un officier, âgé de 38 ans ; un an avant le début de la maladie il a subi des graves insultes à la tête ; il était tombé de cheval et n'ayant pu se dégager des étriers il fut traîné sur une distance de 60 mètres la tête frappant le sol. Ceux qui l'ont secouru l'ont trouvé sans connaissance ; il est resté dans cet état pendant 60 minutes.

Il est entré ensuite à l'hôpital où il est resté une semaine et demie souffrant de maux de tête qui, du reste, s'affaiblirent bientôt et il sortit de l'hôpital complètement guéri. Au bout d'un an il se développa chez le malade un état morbide caractérisé par les phénomènes suivants : hémiplégie droite, altération notable de la sensibilité cutanée de tout ordre ; perte de l'ouïe, de l'odorat et du goût.

L'altération de la vue consistait en une hémianopsie incomplète ; les quarts supérieurs gauches des deux rétines sont insensibles. En outre, le malade présente un état de dépression avec perte de la mémoire et des vertiges par intervalles accompagnés de chute et perte de connaissance.

L'origine et la marche clinique de l'affection lui donnent le caractère d'une névrose traumatique.

Dans la discussion ont pris part MM. J. P. *Merjéevski*, *Tcheschote et Rybakline*. Elle se résume dans les propositions suivantes formulées principalement par J. P. *Merjéevski*.

1. Il n'existe pas encore de données suffisantes pour considérer la névrose traumatique comme une entité morbide *sui generis*.

2. Il n'est pas niable que, dans nombre de cas semblables, le traumatisme n'était que l'agent provocateur de formes pures d'hystérie et de neurasthénie.

3. Il existe un bon nombre de cas où l'affection, que l'on décrit maintenant sous le nom de névrose traumatique, a pour base une lésion organique. Le plus souvent, on trouve à l'autopsie des hémorrhagies ponctiformes dans la substance corticale ; ensuite des lésions vasculaires dites *anevrismata dissecantia* et dans un cas le Pr Merjéevski a trouvé à l'autopsie une fracture de la base du crâne guérie ; celle-ci ne s'est

manifestée pendant la vie que par une neurasthénie grave, (D'après le *Vratch*,)

J. Targowla.

Rire intextinguible.

Le Dr Fédorot publie *quatre observations de rire inextinguible dans certaines affections nerveuses*, observées à l'hôpital de la ville d'Odessa.

Les malades sont : un homme de peine de 36 ans, atteint d'une hémiplégie d'origine syphilitique ; une couturière de 39 ans, atteinte d'hémiplégie gauche avec aphasie hystérique ; une femme de 50 ans, hémiplégique et aphasique et un imprimeur de 25 ans, atteint vraisemblablement d'une anciphlopathie saturnine. Chez tous ces malades on observait des accès de rire qui survenaient sans cause et contre leur volonté ; les malades reconnaissaient l'inopportunité du rire, mais ne pouvaient se retenir ; le phénomène céda lorsque la maladie elle-même et l'état général se sont amendés. L'auteur considère le rire inextinguible comme un phénomène morbide en rapport avec une lésion du système nerveux central. Les affections nerveuses dans lesquelles on rencontre le rire inextinguible sont très variées et ne permettent pas d'établir la nature de ce symptôme. On rencontre chez la majorité de ces malades la paralysie faciale, l'affaiblissement de la mémoire et le trouble de la parole. L'auteur pense que le rire inextinguible est en dépendance de l'affaiblissement de la volonté.

Les accès sont en rapport avec la lésion des centres de l'écorce qui président à l'inhibition réflexe de la mimique. L'affaiblissement de la mémoire, le trouble de la parole et, en partie, le bas niveau intellectuel des malades plaident en faveur de la lésion de l'écorce. Les accès de rire inextinguible sont de même nature que ceux qui l'on observé au chatouillement ; avec cette différence que l'excitation vient non de la periphérie, mais du centre, de sorte que le rire prend un caractère impulsif. Le trouble de la parole et la paralysie faciale n'ont pas de rapport direct avec les accès de rire.

(*Messager de psychiatrie clinique et de neuropathologie de Merjeévski VIII*, 2).

J. Targowla.

ATTAQUE SUBITE DE LÉTHARGIE DANS LA RUE

PRISE POUR UNE ATTAQUE D'APOPLEXIE

—

TENTATIVES INUTILES POUR RÉVEILLER LE MALADE — GUÉRISON IMMÉDIATE PAR L'HYPNOTHÉRAPIE.

Pierre B..., 18 ans, employé, entré à la Charité, le 19 février 1892.

Père et mère bien portants, un frère mort de méningite à 2 ans, assez nerveux d'habitude, quelque peu impressionnable, mais n'a jamais eu de crises quelconques. Pas de convulsions dans son enfance, a eu la fièvre scarlatine à 7 ans ; depuis aucune maladie. Début de l'affection, le 20 janvier 1892. Ce jour là, après avoir fait une course, rentrait chez lui, lorsque dans la rue de Rivoli au coin de la rue du Louvre, il a été subitement atteint d'une attaque de léthargie à 7 heures du matin. Il tombe à terre sans connaissance. Il fut amené le jour même à l'hôpital de la Charité, par les agents et placé dans un des services de cet hôpital.

L'attaque de léthargie était complète et présentait tous les symptômes classiques.

Pendant toute la matinée l'interne du service fit de vains efforts pour obtenir le réveil.

Le chef de laboratoire de M. Luys, fut alors mandé d'urgence, par la surveillante, pour examiner de près le malade, et tâcher de le réveiller.

La léthargie était alors complète ; les membres étaient tous en résolution. L'insensibilité était également totale. Il profita pour obtenir le réveil de cette particularité, que certains malades sont *suggestibles* en période léthargique, malgré les affirmations contraires des auteurs classiques.

Par la suggestion et le souffle, on parvint à ramener le mouvement des membres.

Par l'ouverture des yeux, ont obtint même le début de la catalepsie.

Les yeux suivent le mouvement des doigts ; mais les paupières se ferment dès qu'on cesse ce mouvement.

On put encore obtenir une sorte d'état somnambulique les yeux fermés, et le malade put proférer quelques paroles, mais on ne put obtenir le réveil direct par le commandement ; on

ordonna alors au sujet d'être forcé de se *réveiller complètement dans une demi-heure et d'avoir faim.* Au temps marqué, le réveil se produisit (midi et demi) accompagné de la sensation de *faim* très accusée.

Depuis, le malade, très étonné de se retrouver à l'hôpital, quitta le service immédiatement, complètement revenu en possession de lui-même.

Cette observation est une nouvelle preuve des immenses services que les pratiques de l'hypnotisme peuvent rendre à la Clinique, et la nécessité qui s'impose à tout médecin consciencieux de bien connaître ces cas pratiques. Les premiers opérateurs n'ont pu obtenir le réveil, parce qu'ils n'ont pas procédé méthodiquement, et n'ont pas cherché à amener le malade d'abord en catalepsie, puis en somnambulisme.

C'est par cette méthode très simple que nous avons pu obtenir en moins d'une heure, ce qui n'avait pu se produire pendant toute une matinée d'efforts. — Avis aux sceptiques qui nient de parti pris l'utilité des études hypnotiques.

G. ENCAUSSE.

MÉDECINE LÉGALE

COUR D'ASSISES : **Un demi-fou.**

Le procès qui s'est plaidé récemment devant la Cour d'assises pose une redoutable question : la question des demi-fous, des aliénés intermittents, trop sensés d'ordinaire pour qu'il soit possible de les enfermer, trop irresponsables pour qu'on les punisse, sujets en un mot à des « coups de folie » qui les rendent au plus haut degré dangereux pour la tranquillité publique.

Paris est rempli d'individus de cette espèce, morphinomanes, alcooliques, névrosés, qui circulent librement, qui seront parfaitement sains d'esprit pendant un an, et qui, tout à coup, un jour donné, voyant rouge et hors d'eux-mêmes, commettront un assassinat. Un de mes amis, autrefois employé à la Préfecture de la Seine, service des aliénés, me contait hier l'exemple effroyable d'un fou à intervalles lucides, enfermé pour avoir commis un crime dans un moment de fureur. Soigné, guéri ou du moins supposé tel, sept fois remis en liberté et sept fois réinterné après avoir tué son homme !

Le procès d'hier n'est pas moins suggestif:

Il s'agissait d'un cordonnier de Saint-Denis, un nommé Giacordo, marié et père de six enfants, qui venait répondre d'un crime incompréhensible.

Un matin — c'était le 5 juillet — Giacardo réveille sa femme, enceinte de son septième enfant, et lui tranche le cou avec son tranchet, en disant: « Tu as un amant ! »

Un amant ! La pauvre femme n'en avait jamais eu, et son mari la proclamait, il la proclame encore irréprochable.

Mais Giacardo est alcoolique. Il l'est à ce point que la folie s'est emparée de lui par intervalles: ses mains tremblent, il a des hallucinations de la vue, de l'ouïe. Un jour il a voulu se jeter sur un de ses voisins qui, prétendait-il, voulait l'hypnotiser avec sa lampe. Un autre jour, il a vu distinctement un feu immense flamboyer devant lui et, pris de terreur, il est allé se jeter dans le canal Saint-Denis d'où on l'a retiré à grande peine.

Quand on lui demande pourquoi il a tué sa femme:

« Je m'étais réveillé vers quatre heures du matin, répond-il, j'ai prêté l'oreille et j'ai entendu ma belle-mère qui causait avec un homme : « Voilà cinq cents francs, lui disait cet individu, je vais enlever votre fille, dont je suis l'amant. » La colère m'a pris et j'ai frappé ».

Or, ce jour-là, Giacardo n'a rien vu, rien entendu. Sa belle-mère était tranquillement couchée chez elle. Les voix qui sont arrivées jusqu'à lui, il ne les a perçues que dans une hallucination d'ivrogne. Ainsi le déclare le docteur Ballet, l'éminent aliéniste cité à l'audience.

Et c'est ici que s'engage le dialogue intéressant :

M. le président Robert. — Croyez-vous que Giacardo ait joué la comédie ?

Le docteur. — Assurément non. Il a été réellement halluciné, intoxiqué mentalement par l'alcoolisme. Ses visions précédentes ne laissent aucun doute à cet égard.

M. l'avocat général Cruppi. — Et maintenant ?

Le docteur. — Maintenant, il n'a plus d'hallucinations : il ne boit plus. Voici six mois qu'il est à Mazas.

M. l'avocat général. — Le prendrez-vous comme fou dans un établissement d'aliénés.

Le docteur. — Cela me serait impossible actuellement. Giacardo n'est pas fou.

M. l'avocat général. — Et si on le remet en liberté ?

Le docteur. — Vous connaissez le proverbe· *Qui a bu, boira*, et s'il boit, il redeviendra dangereux.

Me Quérenet, défenseur de l'accusé. — Il n'en était pas moins sous le coup d'une hallucination quand il a frappé sa femme ?

Le docteur. — Je le crois.

Me Quérenet. — Alors, il est irresponsable.

Cette thèse, développée avec talent par Me Quérenet, était juridiquement vraie.

Elle n'a pas prévalu pourtant dans l'esprit des jurés.

M. l'avocat général Cruppi a fait ressortir avec sa netteté accoutumée que l'intérêt social, l'intérêt de la sécurité publique dominait tout, et Giacardo a été condamné à huit ans de réclusion.

Mais le représentant du ministère public a reconnu lui-même qu'il était fâcheux, au point de vue de l'équité, de condamner ce malheureux, inconscient quand il a frappé, au même titre qu'un meurtrier parfaitement responsable et en pleine possession de ses facultés :

— Une loi s'impose, a-t-il dit.

« Il faut de toute nécessité qu'en des cas semblables, deux questions soient posées au jury :

— Cet homme est-il coupable ?

— Non.

— Est-il dangereux pour la sécurité publique ?

— Oui.

« L'homme ne serait pas condamné, il ne serait pas frappé d'infamie, car il ne saurait y avoir de responsabilité où il n'y a point de conscience, mais il serait *surveillé toute sa vie*, mis à part, placé dans l'impossibilité de nuire. »

A quand cette loi, la loi depuis si longtemps réclamée qui créera des prisons spéciales — des asiles, si l'on préfère — pour les aliénés intermittents, inoffensifs hier, inoffensifs aujourd'hui, meurtriers demain ?

(*Gazette des Tribunaux*, Décembre 1891.)

VARIÉTÉS

La Plume.

Dans son *Carnet du Docteur* de *La Liberté*, M. le Dr Ad. Nicolas se demande « si quelqu'un a jamais recherché quelle peut être l'influence de la plume sur le style d'un écrivain » ?

Pour notre savant ami cette influence n'est pas douteuse : « Il y a des plumes qui courent si lestement sur le papier qu'elles devancent presque la pensée ; celles-là vous laissent aisément échapper une sottise. Il y en a d'autres qui bronchent à chaque pas, arrêtant à tout instant l'essor de l'esprit, en même temps qu'elles obligent à penser posément. Avec ces dernières, vous ne risquez pas d'oublier les points, les accents, les virgules et de passer aux yeux d'un graphologiste éclairé pour un distrait ou un étourdi. »

M. Nicolas qui a été l'un des premiers (1) à admettre « que l'écriture est l'expression du caractère » nous signale les progrès de la science graphologique qui possède un organe important le *Journal de Graphologie*, fondé par feu Michon « qui a eu le mérite d'édifier cette étude sur des bases rationnelles, alors que tout avant lui n'était qu'empirisme ».

Mais laissons la parole à notre distingué collaborateur.

*
* *

« Donc, la plume ne fait pas l'écriture. Vous pouvez changer de plume à plaisir, sans que votre écriture cesse de réfléter vos tendances passionnelles, vos habitudes, vos goûts, vos vertus et vos vices.

» Et d'abord, chacun choisit sa plume « à la couleur de son esprit ». La plume des sensuels écrit gras, celle des délicats écrit menu. Les audacieux ne s'accommoderont pas d'une plume qui bronche, tandis qu'elle suffira parfaitement aux timides. Plutôt que de changer sa plume, l'avare aimera mieux rapetisser ses lettres et rapprocher ses mots. La plus mauvaise plume satisfera

(1) Il a publié dans la *Gazette des hôpitaux* un mémoire : « sur l'expression dans l'écriture, sur ses rapports avec la maladie, les passions, le caractère » ; c'est lui aussi qui s'inspirant des travaux déjà faits par les aliénistes de toutes les époques, a donnée l'épithète *chenillée* à l'écriture dans la paralysie agissante.

les contenus, tandis qu'une plume alerte conviendra aux enthousiastes.

» Vous souvenez-vous de la plume d'oie et de tout ce que révéait la manière dont chacun s'y prenait pour la tailler ? Je pense bien qu'on trouverait sur ce point plus d'un portrait détaillé dans les romanciers d'autrefois. Or, le même soin préside au choix de la plume métallique, bien que cette dernière ait quelque peu uniformisé les traits généraux de l'écriture.

*
* *

» Mais le choix de la plume n'intéresse pas moins l'hygiène.

» L'écriture, l'acte le plus complexe de tous ceux que nous exécutons, exige le concours de trois sortes d'efforts associés dans son accomplissement :

» 1° L'effort d'attention ;

» 2° L'effort d'adaptation ;

» 3° L'effort d'exécution ;

» Or, suivant que la plume est bonne ou mauvaise, chacun de ces efforts associés est plus ou moins pénible.

» L'effort d'attention est considérable chez les écrivains, surtout chez les journalistes qui, tenus de produire à heures fixes, sont contraints à un travail souvent antipathique. Nous savons tous combien l'on a de peine à fixer sa pensée aux heures de lassitude, ou lorsque des préoccupations étrangères nous détournent du sujet ; combien est pénible la « mise en train » comme disent les mécaniciens, au début d'un article qui ne nous a pas empoignés tout d'abord ! Au contraire, à mesure qu'on avance, les idées se succèdent sans effort, et l'attention est moins tendue. Est-il probable qu'une mauvaise plume ne compliquera pas ce travail d'attention, et ne court-on pas le risque de laisser échapper l'idée pendant qu'on surveillera la plume ?

» Dans l'effort d'adaptation du mouvement à l'acte, le regard joue un grand rôle. La fatigue visuelle, moindre dans le travail d'inspiration, est excessive dans le travail de copie. Nul ne contestera qu'elle soit en rapport avec l'aisance du mouvement de la plume.

Dans l'effort d'exécution, ce sont les doigts, le poignet, l'avant-bras, le bras, l'épaule, le cou même qui concourent au mouvement. Beaucoup de migraines consécutives au travail manuscrit ne sont que des torticolis. Or, l'effort que font les doigts, par exemple, dans le mouvement qui produit l'écriture, est plus pénible avec une mauvaise plume.

*
* *

» Et ne croyez pas que ces minuties soient indifférentes. La « crampe des écrivains », ce spasme douloureux des doigts, qui rend l'écriture impossible et force plus d'un employé à changer de carrière, est l'effet d'une fatigue continue des muscles moteurs des doigts.

» Le choix du porte-plume lui-même a son importance à cet égard : si la crampe se produit plus fréquemment, et plus vite, quand on se sert de porte-plumes minces, n'est-ce pas parce que l'effort musculaire est plus grand avec ces porte-plumes ? Au contraire, l'usage de gros porte-plume prévient et guérit ces crampes, ou du moins rend l'écriture possible, puisqu'ils n'exigent pas d'efforts.

» Il faut aussi, pour atténuer l'effort, que le porte-plume soit bien balancé ; qu'il soit, comme on dit, « bien en main » ; c'est-à-dire que le centre de gravité de l'appareil soit placé au voisinage du point d'appui ou mieux de l'articulation de l'index, et non à l'extrémité de la tige, comme cela existe dans certains porte-plume de luxe.

» Il est temps, je crois, que je m'arrête. Mais je crois avoir rendu un véritable service si je vous ai convaincus qu'une bonne plume est aussi utile à l'écrivain, qu'un bon outil à tout autre ouvrier. »

Dr Ad. Nicolas.

BULLETIN MENSUEL

DE LA

CLINIQUE HYPNOTHÉRAPIQUE DE LA CHARITÉ

Février 1892

SALLE ANDRAL (femmes).

Malades anciennes.

Madeleine P. *Hystérie. Epilepsie.*

L'état de cette malade continue à s'améliorer, quoique très lentement. La lucidité d'esprit se manifeste davantage. On a commencé à la traiter par les couronnes aimantées en raison d'une aménorrhée datant de six mois.

Joséphine P., 30 ans. Cuisinière. *Vomissements depuis trois mois.*

Cette malade a quitté le service complètement guérie.

La guérison, obtenue en une ou deux suggestions, s'est parfaitement maintenue. L'observation de cette malade est importante au point de vue des bénéfices qu'on peut tirer de l'hypnothérapie dans les cas mêmes difficiles.

Madeleine R., 21 ans. Tailleuse. *Mélancolie, idées de suicide.*

Le traitement par les suggestions a été régulièrement continué.

L'idée fixe a aujourd'hui disparu tout à fait. Les traits de la malade tirés au début ont repris leur apparence primitive ; elle mange avec appétit et commence à se sentir de plus en plus près de la guérison définitive.

Pauline Mire, 15 ans. Couturière. *Hystérie. Crises convulsives.*

A la suite de la première amélioration obtenue par la suggestion, on a commencé à employer les transferts. Il y a aujourd'hui 21 jours que la malade n'a plus de crises. Si l'on se rappelle qu'elle en avait une par jour au moins, on verra la rapidité de l'amélioration obtenue.

SALLE ANDRAL

Malades nouvelles.

Eugénie B., 19 ans, couturière. *Nævus traités par la suggestion.*

L'observation de cette malade, qui est atteinte d'un nœvus de la face, considérablement amélioré sous l'influence de la suggestion, sera publiée dans le prochain numéro.

SALLE LOUIS (hommes).

Malades anciens,

N° 26. Henri D. *Contracture des extrémités inférieures d'origine traumatique.*

Ce malade a pu quitter le service complètement guéri. Il faut se souvenir qu'il est arrivé à l'hôpital sur un brancard, atteint d'une contracture complète des extrémités inférieures à la suite d'une chute et qu'il ne s'agissait pas d'une contracture hystérique. Il avait auparavant été traité longtemps sans aucun résultat.

Louis W., 28 ans. Emballeur. *Hystérie. Somnambulisme, anesthésie, asthénie musculaire.*

Les crises ont disparu. Le malade continue à faire quelques expériences sur la vision dans l'état de somnambulisme.

Il suit le traitement par le sommeil prolongé.

Malades nouveaux.

Georges Muller. 30 ans, jardinier. *Hystérie, hallucination. Pseudo-hydrophobie.* Guérison par le sommeil au miroir.

Parents bien portants. Bien portant lui-même pendant toute sa jeunesse. A fait du service militaire comme marin.

Il y a deux ans, il était occupé au travail, quand un chien enragé fit irruption dans le village. Avec quelques autres hommes le malade se mit à la poursuite de l'animal. Le chien se retournant se jeta sur Georges M., mais sans le mordre, car il fut abattu avant.

Deux heures après cette aventure, le malade fut pris tout d'un coup d'une crise violente, il se croyait enragé, se débattait, se mordait lui-même et mordait tous ceux qui l'approchaient

Il fut traité depuis cette époque sans grand succès par tous les moyens habituels : douches, bromure à haute dose, etc...

Il entra dans le service le 28 janvier.

On commença aussitôt le traitement par la suggestion combinée avec les aimants, et en quelques jours les crises devinrent moins violentes.

On put alors cesser le traitement par la suggestion puis employer successivement les couronnes aimantées de nouveau modèle. Le malade déclare ressentir le plus grand bien de l'influence de cette couronne, et il peut quitter le service le 25 février complètement guéri.

Consultation externe.

Malades anciens.

Gaston N., 15 ans, employé. *Attaques hystéro-épileptiques fréquentes, Craintes de la mort subite.*

L'état du malade s'est sensiblement amélioré. Sous l'influence des transferts et du sommeil, les crises de tristesse ont entièrement disparu. Il ne reste aujourd'hui de son ancien état que des maux de tête et quelquefois des sensations d'oppression au niveau du plexus solaire. Nous continuons ce traitement pour agir sur ces accidents.

M. Louis F., commandant. *Neurasthénie.*

L'amélioration de ce malade continue progressivement.

Les idées sont plus nettes et le travail suivi commence à être possible. Relèvement des forces physiques et morales.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix Frères.

ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

MÉDECINE LÉGALE

—

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

ALIÉNÉS SIMULATEURS

Par M. le prof. MAIRET (de Montpellier). (1).

Messieurs,

Aujourd'hui, c'est une question de médecine légale, se rattachant à la *simulation en aliénation mentale*, qui nous occupera. Elle est soulevée par l'observation d'un homme que je vous présenterai tout à l'heure, lorsque je vous aurai indiqué les raisons qui ont nécessité son admission dans l'établissement, raisons qui sont contenues dans un rapport médico-légal rédigé par M. le Dr X... Voici ce rapport :

Au..., c'est le nom de notre homme, avait été condamné à six mois de prison pour grivèlerie — c'est-à-dire pour avoir réalisé secrètement de petits profits illicites - par le tribunal de Z.... ; ayant fait appel, il fut transféré à la prison de Y... Là, il se livra à des actes qui firent suspecter l'intégrité de sa raison et la Cour délégua le Dr X... pour l'examiner.

(1) *Bulletin médical*, 6 mars 1892.

Notre confrère rédigea un rapport concluant à l'aliénation mentale et, par suite, à l'admission de Au... dans un asile d'aliénés. Le rapport, il est nécessaire que vous le connaissiez ; je vais donc vous le lire en ne laissant de côté que les préliminaires qui n'ont pas directement trait à la question qui nous occupe.

Dès son arrivée à la prison de Y..., il (Au...) s'est livré à des actes de violences envers ses codétenus, actes que rien ne justifiait. Pendant la nuit, il se levait, et sans que rien ne pût expliquer sa conduite, il sautait à la gorge des détenus couchés auprès de lui, menaçant de les étrangler.

Plusieurs scènes de cet ordre s'étant produites, les gardiens chargés du service durent isoler Au... ; je lui demandai des explications sur un propos qu'il avait tenu, relatif au rôle d'espion qu'il s'était glorifié de remplir et sur un vol de fusil Lebel qu'il préméditait, voulant ensuite en vendre le secret aux Allemands. Il me regarde avec un sourire qu'il prend quelquefois sans raison, comme faisant le malin, et me dit qu'en effet telle avait été son intention et qu'il la mettrait à exécution lorsqu'il le pourrait.

Méfiant à l'excès, Au... ne répond que très vaguement aux questions qui lui sont posées. Ce qui domine chez lui, c'est la violence et la méchanceté.

Ainsi que je l'ai rapporté plus haut, dès son arrivée en prison, et alors qu'il n'était soumis à aucune observation, les gardiens s'étaient vus dans l'obligation de l'isoler à cause des violences qu'il exerçait sans aucune provocation, sans aucun motif, et surtout pendant la nuit, alors qu'il croyait ses compagnons de cellule endormis.

Dès que je fus mis au courant de sa conduite, j'ordonnai de conduire dans sa cellule un détenu chargé ordinairement du nettoyage de sa cellule, et que par conséquent il connaissait ; Au... ignorait sa présence et ne pouvait pas supposer que cet homme avait été introduit sur mon ordre auprès de lui ; à peine cet homme est-il introduit, que Au... le regarde fixement, une expression de haine féroce se traduit sur sa face, et il se précipite sur son codétenu, cherchant à le saisir à la gorge, essayant de l'étrangler, ce qui serait arrivé, si l'homme désigné n'eût été doué d'une grande vigueur et n'eût tenu son agresseur en respect.

J'ai à plusieurs reprises soumis Au... à la même épreuve, choisissant des individus absolument inconnus de lui et contre lesquels il ne pouvait avoir aucun ressentiment : toujours son attitude a été la même. Dès que des individus pénètrent dans sa cel-

lule, il les regarde courroucé, les apostrophe et leur saute à la gorge.

Il ne veut personne avec lui, prétextant qu'on veut l'assassiner, le tracasser et lui voler un soleil qu'il a inventé.

Dans les efforts que des détenus placés auprès de lui ont dû faire pour se garantir des voies de faits tentés contre eux, Au... a subi quelquefois des violences et, quoique convaincu qu'il n'avait qu'à perdre à engager une lutte contre eux, il n'hésite pas, si les détenus se relâchent de leur surveillance, à se précipiter sur eux.

Si on veut apaiser Au... et essayer de lui faire comprendre combien est ridicule et coupable sa conduite, il répond : « Laissez-moi tranquille », et, si l'on insiste, il devient violent et dangereux. C'est ainsi que voulant essayer de le raisonner, et alors qu'il paraissait assez calme, je fus mordu par lui à la main droite. Plusieurs détenus ont aussi été victimes de morsures.

Les faits qui se sont produits à Y... et qui se reproduisent tous les jours, ne sont pas des faits isolés dans l'existence d'Au... et ils ne font que confirmer les actes de même nature qui lui sont habituels.

C'est ainsi qu'à la prison de Z... étant au chauffoir, Au... se précipite sur le détenu Pi... qui récitait des vers, et lui saute au collet, prétextant ensuite que Pi... l'avait provoqué par des actes indécents qui n'ont jamais existé que dans l'esprit d'Au....

J'ai recueilli sur Au... des renseignements sur son séjour à la maison centrale d'Em..., qui corroborent mes observations. Là encore, d'un caractère ombrageux, méfiant, il se livrait à des actes de violence envers ses compagnons et l'un d'eux fut frappé d'un coup d'aiguille ; après cette exploit Au... fut mis en isolement jusqu'à la fin de sa détention.

Deux détenus qui ont connu Au... à Em... m'ont certifié ce fait, que, du reste, il ne nie pas. Il rit au contraire lorsqu'on lui rappelle ce fait, comme d'autres qui lui sont reprochés. Ce passage brusque du rire à la colère se rencontre souvent chez lui.

Enfin Au.... a été poursuivi pour violences envers ses parents.

Ces faits de violence, ces voies de fait sans aucune provocation, sans aucune justification, contre des personnes qu'il n'a jamais vues, faits que nous retrouvons dans les antécédents d'Au. (chez lui... à Y..., à Em...) témoignent bien que cet homme agit sous l'empire d'une idée fixe, probablement en proie à l'idée de persécution. Aurait-il simulé dès son arrivée à Y..., alors qu'il

n'était soumis à aucun examen et que les accusations qui l'amenaient devant la Cour n'avaient rien de commun avec des actes de violence ? Je ne le crois pas. Paul Au... est un persécuté et un homme violent. Il s'en prend à tous les détenus parce qu'il suppose qu'ils lui en veulent et qu'ils ont l'intention de lui voler ses inventions imaginaires.

Au... est dangereux. Je le crois irresponsable et sa mise dans une maison d'aliénés doit être prononcée. — Signé : Dr X...

Tel est le rapport du Dr X.... Les conclusions, vous le voyez, en sont nettes. Se basant sur les actes de violence commis par Au..., actes non motivés, notre confrère affirme l'existence chez cet homme d'une aliénation mentale, à direction de folie des persécutions.

Au... est alors conduit à l'Asile. Là nous ne constatons plus d'acte agressif, et Au... nous dit nettement qu'il « a fait le fou » à la prison de Y... pour éviter les six mois de prison auxquels il avait été condamné à Z... et pour « blanchir » son casier judiciaire. « Une fois dans un asile d'aliénés, ajoute-t-il, on reconnaîtra que je ne suis pas fou, on me lâchera et le tour sera joué. »

Et, de fait, après avoir interrogé attentivement Au..., nous acquîmes la conviction qu'il avait réellement simulé le délire pour lequel il avait été interné, et je suis convaincu que vous partagerez mon opinion lorsque vous aurez entendu cet homme que je vais maintenant faire entrer et interroger devant vous :

D. — Pourquoi vous a-t-on amené à l'asile ?

R. — Parce que j'ai mis dedans le médecin de la prison qui m'a cru fou ; alors le tribunal a abandonné les poursuites et on m'a envoyé ici.

D. — Vous avez mis dedans, dites-vous, le médecin de la prison ; et comment cela ?

R. — Eh bien ! j'ai fait le fou.

D. — Comment avez-vous fait pour faire le fou ?

R. — Quand un détenu entrait dans ma cellule, je lui sautais au cou et menaçais de l'étrangler. Un jour que le docteur me demandait de montrer la langue et que je refusais, il voulut me

la faire voir par force et me serra le nez ; alors je le mordis à un doigt. Et si vous aviez vu quels yeux terribles je roulais !

D. — Est-ce tout ce que vous faisiez ?

R. — Oh ! non.

D. — Eh bien ! Que faisiez-vous encore ?

R. — Quand le médecin m'interrogeait, je lui répondais tout de travers ; ainsi, lorsqu'il me demandait où j'étais, je lui répondais « à Toulouse », et pour tout comme cela. Un jour, j'ai pris un balai auquel j'ai arraché toutes les pailles que j'ai plantées dans les rainures de la porte de ma cellule. Une autre fois, j'ai lancé une pierre contre un gardien, en ayant soin, il est vrai, de ne pas l'atteindre. Mais ce que je faisais le plus souvent, c'était de m'élancer contre les autres détenus qu'on mettait avec moi ; d'ailleurs, je m'étais entendu avec l'un d'eux qui me faisait signe lorsque le médecin était derrière la porte. Je ne puis pas vous raconter tout ce que je faisais ; *je faisais le Jacques*, quoi !

D. — Et vous faisiez tout cela, dites-vous, sans être fou ; mais ne prétendiez-vous pas que les autres détenus voulaient vous voler un soleil que vous avez inventé ?

R. — Je savais bien que c'était impossible.

D. — Allons ! tout ce que vous nous racontez là, c'est pour nous mettre dedans, et nous faire croire que vous n'êtes pas fou, et c'est si vrai que vous n'avez pas attendu d'être à la prison de Y... pour vous livrer aux actes extravagants dont vous nous avez parlé ; vous l'aviez déjà fait à la prison de Z..., où vous vous êtes élancé sur un autre détenu qui lisait devant vous, et à celle d'Em...

R. — Si j'ai fait cela à Z... c'est pour que cela prenne mieux à Y... Il y avait à la prison de Z... un détenu nommé P... qui récitait des vers ; je lui sautais dessus en disant qu'il m'insultait, mais je savais bien que Pi... ne disait rien contre moi. A Em..., je me battis avec mon voisin de travail. Mais là c'était parce qu'on ne voulait pas me faire justice. Si j'ai été méchant avec celui-là et avec d'autres, c'est seulement quand j'ai eu des discussions.

D. — Mais comment vous est venue l'idée de faire le fou ?

R. — J'étais ennuyé de faire six mois de prison ; alors un parent d'un gardien de la prison de Z... me dit un jour : « Si tu tiens à sortir d'ici, il te faut faire le fou. » Il me raconta qu'à Y... un individu s'était tiré d'affaire de cette façon, et il m'indiqua comment je devais m'y prendre pour cela. Lorsque je fus à Y..., je dis à mon avocat que j'avais depuis longtemps une maladie d'esprit, et alors il en fit part au tribunal. Et comme il se passa

assez longtemps avant qu'un médecin vint m'interroger, je me gardai bien de réclamer, parce que je me disais : si tu réclames, on aura des doutes ; il vaut mieux que tu aies l'air d'avoir oublié, et je me contentais de chanter, de crier et de sauter sur les autres détenus.

D. — Mais ici, à l'asile, vous vous imaginez bien que les autres malades vous veulent du mal ?

R. — Non, monsieur, d'ailleurs est-ce que j'ai fait quelque chose depuis que je suis ici ?

D. — Et qu'avez-vous dit quand vous avez su qu'on vous conduisait dans un asile ?

R. — En sortant du tribunal, j'ai dit à ceux qui m'accompagnaient : « J'ai mis le médecin et le tribunal dans le sac. »

D. — Vous pouvez vous retirer.

J'ajouterai à l'interrogatoire qui précède que, depuis qu'il est ici, c'est-à-dire depuis plusieurs semaines, on n'a pas observé chez Au... d'actes semblables à ceux constatés à la prison.

Mais, je le vois, votre conviction est faite ; cet homme explique, en effet, trop bien comment il simulait, pourquoi il simulait, comment il en est arrivé à simuler ; l'expresion de sa physionomie, son sourire, sont trop en rapport avec ce qu'il raconte, pour qu'un doute reste dans votre esprit sur la réalité de la simulation des actes auxquels il s'est livré à la prison.

Au... est un simulateur.

Par suite, puisque c'est à cause de ces actes que Au... est entré à l'asile, il semblerait logique que nous ne le gardions pas dans dans l'établissement.

Et cependant nous le gardons.

Pourquoi ?

Il va vous le dire lui-même. Je vais, en effet, le rappeler et faire porter mon interrogatoire sur un autre sujet que celui qui nous a occupé jusqu'à présent.

D. — Au..., ces messieurs admirent la manière dont vous avez mis dedans le médecin de la prison, ils vous trouvent très intelligent, mais je leur ai dit que ce que vous avez fait là n'était rien en comparaison de ce que vous vous proposiez de faire ; voudriez-vous leur parler de vos inventions ?

R. — Mes inventions ! Vous pouvez-vous en moquer, mais je réponds de les réussir ; donnez-moi seulement ce qu'il me faut pour cela.

D. — Mais encore quelles sont-elles ?

R. — Eh bien ! Je veux arriver à chauffer et à éclairer les villes à rien ne coûte. Pour cela je veux faire réfléchir le soleil dans des miroirs communiquant avec une boîte fermée, et alors la nuit, je n'aurai qu'à ouvrir la boîte, et les rayons du soleil que j'aurai emmagasinés dedans sortiront, et je pourrai ainsi éclairer toute une ville.

D. — Ne me disiez-vous pas, ces jours-ci, que, grâce à vos appareils, vous pourriez produire la pluie à volonté ?

R. — Oui, monsieur, et cela d'une manière bien simple : grâce à mes miroirs je projetterai les rayons du soleil dans un ruisseau, par exemple ; l'eau s'évaporera, montera en l'air et retombera en pluie.

D. — Est-ce tout ? Ne disiez-vous pas aussi que vous pourriez faire marcher des vaisseaux dans les airs ?

R. — Ce sera bien facile. Grâce à mon appareil, l'air chauffé montera dans l'air, et je pourrai entraîner dans l'espace les plus gros vaisseaux, qu'on ferait marcher facilement avec le gouvernail. Cela aura un très gros avantage ; ces vaisseaux seront munis de boulets qui, tombant d'une grande hauteur, auront une force énorme, et on pourra ainsi facilement écraser les Allemands dont les boulets dirigés de bas en haut perdront toute leur force.

D. — N'avez-vous pas trouvé le mouvement perpétuel ?

R. — Je l'avais cru un moment, mais je me suis aperçu que le pivot de mon appareil s'échaufferait et le mouvement s'arrêterait.

D. — Mais toutes vos inventions devront vous rapporter beaucoup d'argent.

R. — Beaucoup, mais je me contenterai de un ou deux millions pour m'acheter une propriété. Seulement, je demanderai que l'argent que les villes économiseront pour mon système soit versé dans une caisse spéciale qui sera pour la guerre contre les Allemands.

D. — Mais ce que vous me dites là, c'est de la folie !

R. — Donnez-moi seulement ce qu'il me faut, deux miroirs et une caisse, et je vous montrerai bien que ce n'est pas de la folie. Mais que voulez-vous ! je ne suis pas le premier inventeur qu'on traite de fou, et cependant je ne suis pas fou, j'ai tout mon bon sens.

N'avais-je pas raison, Messieurs, de ne pas me presser de provoquer la mise en liberté d'Au... lorsque j'ai eu la certitude qu'il avait simulé à la prison le délire qui l'a amené à l'asile ?

Est-ce que les idées qu'il vient d'émettre, si elles sont vraies, ne sont pas des idées essentiellement délirantes?

Je dis : si elles sont vraies. Et, en effet, puisqu'une première fois il a pu simuler tout un délire, il pourrait encore le faire maintenant.

Mais cependant, aujourd'hui, les conditions ne sont plus les mêmes ; au contraire. Si, à la prison, Au... avait intérêt à simuler, pour éviter une condamnation, il n'en est plus de même à l'asile, où son intérêt serait de dissimuler ces idées délirantes pour nous faire croire à l'intégrité de sa raison, et, par suite, pour nous amener à provoquer sa sortie. Et néanmoins, vous le voyez, il ne les dissimule pas ; c'est que, comme le monomane, il ne s'imagine pas être aliéné ; de plus, vous avez pu remarquer combien sa physionomie s'est modifiée dans notre second interrogatoire par rapport au premier ; de gouailleur qu'il était, il est devenu sérieux et absolument convaincu.

Ce n'est pas tout. Lorsqu'on suit Au..., on remarque qu'à certains moments il est pris de véritables accès de surexcitation, accès passagers, mais précis. Pendant ces accès, qui durent deux ou trois jours, il devient sombre, capricieux, ne peut supporter la moindre observation sans récriminer, et se plaint volontiers de l'un ou de l'autre, ou de choses diverses, de la nourriture, des vêtements, etc.

Ces accès remonteraient déjà à quelques années, sinon sous la même forme, du moins sous une forme plus ou moins semblable. Ainsi, son père nous dit qu'à certains moments et sans raison apparente Au... quittait tout à coup son travail, allait vagabonder pendant un jour ou deux, puis revenait. D'autres fois, à la moindre contrariété il se mettait dans des colères violentes. Un jour, sa mère ne lui ayant pas accordé ce qu'il demandait, il s'arme d'une hache, se met à sa poursuite et l'aurait certainement frappée s'il n'avait été arrêté à temps par des soldats. Une autre fois, ayant été condamné par un tribunal à trois mois de prison pour vagabondage, il s'imagine que la punition est trop

sévère, et alors il insulte les juges, les traite de vendus, et se fait condamner à deux ans.

Ces troubles, qui ne s'accompagnent d'aucun arrêt de développement intellectuel, remontent à l'âge de 13 à 14 ans, et seraient consécutifs à une violente commotion physique et morale.

Pas de doute donc ; les idées que vient d'émettre Au... devant vous, sont bien des idées d'aliénés.

Comprenez-vous maintenant pourquoi, malgré que j'eusse acquis la conviction très nette que cet homme avait simulé à la prison, je l'ai gardé ? C'est que Au... tout en étant un simulateur, est cependant un aliéné. C'est un aliéné simulateur.

Aliéné simulateur ! Ces deux termes ne jurent-ils pas de se trouver ensemble ? Eh bien ! non. Il faut que vous sachiez — et l'observation d'Au... le prouve — qu'il est des aliénés qui simulent. Par suite, lorsque vous serez appelés comme médecins légistes, à examiner un individu sur l'intégrité de la raison duquel planent des doutes et que vous aurez constaté chez lui des preuves évidentes de simulation, vous ne serez cependant pas en droit de conclure que cet homme n'est pas aliéné. Il faudra que vous recherchiez si, derrière le simulateur, ne se cache pas un véritable malade.

L'observation d'Au... a donc, vous le voyez, un intérêt pratique. Elle a aussi un intérêt scientifique, en ce sens que les faits précis de cet ordre sont rares.

Certes, on admet généralement qu'un aliéné peut simuler la folie, et les maîtres l'enseignent dans leurs écrits ; ainsi Baillarger, Griesenger, etc. Mais quand on cherche les faits sur lesquels est basée cette manière de voir, on s'aperçoit qu'ils sont rares, très rares même, pour ne pas dire plus ; ni Baillarger, ni Griesenger, par exemple, n'apportent d'observations précises à l'appui de leur dire.

L'observation d'Au... comble donc une lacune à ce sujet.

Toutefois, lorsque, quittant l'aliénation mentale proprement dite, on envisage ces êtres diminués dans leur vie intellectuelle et entachés gravement dans leur vie morale,

qui constituent la grande classe des imbéciles, on trouve chez eux des exemples de simulation de la folie, publiés dans la science.

Ainsi, vous trouvez un fait de cet ordre dans un travail du Dr Garnier, inséré dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale* pour l'année 1888 et intitulé : *La simulation de la folie*. Vous en trouverez un autre dans l'ouvrage du Dr Laurent, intitulé : *Etude médico-légale sur la simulation de la folie*.

Les faibles d'esprit simulent, en effet, volontiers la folie ; leur disposition psychique semble leur rendre aisée, agréable même, cette simulation.

Mais revenons à l'observation de notre malade.

Cette observation a déjà eu pour nous un premier enseignement, celui de mettre en relief qu'un simulateur pouvait être en même temps un aliéné, et, par suite, que dans une expertise médico-légale, il faut rechercher si derrière le simulateur ne se cache pas un malade.

Elle doit encore servir par un autre côté à notre instruction. Supposez que vous ayez reçu la mission d'observer Au... à la prison ; comment seriez-vous arrivés à vous faire une opinion précise sur le compte de cet homme, c'est-à-dire à établir que c'était un aliéné et en même temps un simulateur?

A l'asile, cela nous a été facile. D'une part, Au... avouait avoir simulé tout un délire, le délire de la persécution, et cela de telle façon qu'il ne pouvait y avoir de doute à ce sujet, et, d'autre part, il présentait un ensemble de troubles qui forçaient à admettre l'existence d'un délire des grandeurs avec surexcitation maniaque, dont justement il ne se croyait pas atteint.

Mais à la prison les choses se présentaient d'une toute autre façon. Là, en effet, plus d'aveu de simulation ; on se trouvait en présence d'un individu se livrant à des actes agressifs envers ses co-détenus à la manière d'un persécuté et ayant en même temps des idées ambitieuses, idées qu'il n'étalait pas, mais qu'il n'aurait certainement pas plus dissimulées alors qu'il ne les dissimule aujourd'hui, pour peu qu'on les eût provoquées. Et je remarque dans le rapport

médico-légal du docteur X... une phrase qui vous aurait forcément amenés à les provoquer. c'est celle dans laquelle Au... dit qu'il ne veut personne avec lui, prétendant qu'on veut l'assassiner, lui *voler un soleil qu'il a inventé.*

A la prison, vous vous seriez donc trouvés en présence d'un individu atteint d'un double délire : l'un, qu'il étale, le délire des persécutions ; l'autre qu'il faut provoquer, pour le voir apparaître, le délire des grandeurs.

De ces deux délires, c'est évidemment le premier, qui accaparait toute la scène morbide, qui aurait tout d'abord retenu votre attention.

Or, en quoi consistait ce délire ?

Si vous vous reportez à ce sujet au rapport du docteur X..., vous voyez que le délire était exclusivement constitué par des actes agressifs ne reposant sur aucun substratum délirant.

Est-ce là le propre du délire des persécutions ? Evidemment non. Dans ce délire, les actes ne sont que la conséquence d'idées qu'on peut non seulement constater, mais dont on peut suivre l'évolution et à côté desquelles existent, dans la grande majorité des cas, des perversions sensorielles et plus particulièrement des hallucinations de l'ouïe.

Ces idées n'existant pas chez Au..., vous étiez forcément amenés à conclure que cet homme simulait. D'autres raisons d'ailleurs vous amenaient à la même conclusion, et parmi elles la suivante : Au... voulant trop bien faire le fou.

Je m'explique. Remarquez son habitus extérieur ; tout, dans sa physionomie, dans son regard, etc., n'indique-t-il pas la conservation de l'intelligence dans son fond, celle-ci peut être déviée, mais certainement elle n'est pas affaiblie, il n'y a pas démence ; d'ailleurs, vous le savez, la démence est très lente à se produire dans la folie des persécutions. Et cependant, vous vous en souvenez, à la prison Au... voulait faire croire chez lui à l'existence d'un affaiblissement intellectuel ; ainsi, pour ne citer qu'un exemple, lorsque notre confrère lui demandait où il était, il répondait « à Toulouse », voulant ainsi faire croire à la perte de la mémoire. Au... exagérait donc sa folie, ce qui, vous le

savez, est le propre du simulateur. Qui ne sait pas que le délire est soumis à des lois cliniques qu'il ne transgresse pas.

Une étude attentive de l'inculpé, envisagé comme persécuté, vous aurait donc assez facilement amenés au diagnostic de simulation. Mais ce n'est pas dans ce diagnostic que résidait, à mon avis, la plus grande difficulté du cas actuel.

La difficulté commençait justement à ce moment-là. Après avoir acquis la conviction qu'Au... simulait, n'auriez-vous pas été portés à penser que le délire des grandeurs, qu'il présentait en même temps que le délire des persécutions, était, lui aussi, simulé ? Vous auriez été d'autant plus enclins à cette manière de voir, que le délire des grandeurs est un délire de simulation facile, et que, d'un autre côté, l'idée qu'un aliéné peut simuler la folie est loin d'être généralement connue.

Cependant, certaines particularités vous auraient mis en garde contre un jugement trop précipité. Ces délires se présentaient avec des allures toutes différentes; l'un s'étalait, l'autre ne se développait que si on le provoquait. De plus, Au... qui faisait le fou, ne songeait pas à faire servir à ce sujet son délire des grandeurs; on trouve seulement noté une seule fois dans le rapport du Dr X..., que l'inculpé ait dit s'être livré à des actes agressifs parce qu'on voulait lui voler un soleil qu'il avait inventé. C'est que ce délire s'ignorait, pour ainsi dire ; ses idées d'invention paraissaient tellement naturelles à notre malade qu'il ne pouvait lui venir à l'esprit de les faire servir plus que d'autres au but qu'il poursuivait : la simulation. Heureusement qu'il en était ainsi, car si, comme je l'ai vu dans un cas, Au.., avait fait servir le vrai à l'édification du faux, l'écheveau aurait été singulièrement difficile à débrouiller.

Une fois votre esprit prévenu, vous n'auriez pas tardé, par une étude clinique attentive du délire des grandeurs de l'inculpé, et en vous basant sur les éléments que nous avons utilisés précédemment pour cela et sur lesquels il est inutile de revenir ici, à vous convaincre que ce délire existait bien réellement et que si Au... simulait, il était cependant atteint d'une aliénation mentale à forme de délire des grandeurs, avec surexcitation maniaque.

C'est donc par une analyse clinique attentive, c'est en ne vous contentant pas seulement de constater des symptômes, mais en étudiant ces symptômes de près, en les rattachant à leur cause première, la maladie, en les suivant dans leur développement et leur filiation que vous seriez arrivés, dans ce cas, à répondre à la question que nous nous posions tout à l'heure, à établir, d'une part, que Au... simulait, et, d'autre part, qu'il était aliéné.

Comme médecin-légiste, aussi bien que comme médecin-traitant, il faut, vous le voyez, toujours faire œuvre de clinicien.

GUÉRISON RAPIDE EN TROIS JOURS

D'accidents convulsifs revenant le matin et le soir, depuis une année, chez un hystérique masculin, à l'aide des miroirs rotatifs et de la suggestion,

Par le Dr SALLÉ

médecin-adjoint de la maison de santé d'Ivry.

Monsieur X.., a 40 ans. Son père bien portant est un nerveux, la mère est décédée suite de couches. Un frère est atteint de surdité de l'oreille gauche depuis une rougeole.

Ce malade, enfant, était presque toujours souffrant, et n'a pu faire d'études complètes, sa famille se trouvant dans l'obligation de le reprendre à chaque instant.

En 1868, il fut atteint de paraplégie survenue brusquement et disparue de même, au bout de quelques semaines. Cette paraplégie qui avait résisté à tous les traitements institués au collège, disparut dès que l'enfant fut rentré dans sa famille.

Ces accidents se renouvelèrent fréquemment pendant son existence de collégien et il serait trop long d'énumérer tous les traitements suivis par notre malade.

En février 1891, M. X.., dut subir un cathétérisme de l'urèthre pour rétention d'urine et c'est à la suite de ce cathétérisme qu'il eut des crises convulsives fréquentes impossibles à calmer. Ces crises se répétaient trois fois par jour : le matin, dans l'après-midi et le soir ; celle de la journée disparut vers la fin de septembre.

A ce moment, on constata de l'hypéresthésie de la région lombaire ; et comme après la crise du matin, il persistait une paralysie de la jambe gauche, le *diagnostic de mal de Pott fut porté.*

Il entre en traitement à la maison de santé d'Ivry, le 28 novembre 1891, et nous le laissons pendant huit jours en observation, après avoir constaté qu'il n'y avait aucune trace de mal de Pott.

Nous l'avons examiné alors pendant huit jours, assistant matin et soir à ses crises dont la reproduction avait lieu

deux fois par jour, et dont nous croyons devoir décrire les principales phases.

Voici la scène de la crise du soir : Monsieur X., se déshabille, il se met au lit. Tout à coup sa tête se renverse et les traits se contractent ; le malade perd connaissance ; si l'on soulève les paupières, on voit que les yeux sont fortement renversés en haut.

Les bras sont étendus le long du tronc, les doigts fortement fléchis et les avant-bras en pronation ; le corps est agité toutes les deux à trois minutes de secousses généralisées. Si à ce moment, on essaye de déplacer les membres, on éprouve une résistance invincible due à la contracture généralisée qui les a envahis.

La durée de la crise est quelquefois de deux heures et demie comme l'indique le tableau ci-dessous :

CRISE DU SOIR.

29	Novembre	de 8 h.	à	10 h.	40
30	—	8 h.	—	11 h.	
1er	Décembre	8 h. 20	—	10 h.	1/2
2	—	8 h. 20	—	10 h.	1/2
3	—	8 h. 25	—	10 h.	1/2
4	—	8 h. 1/2	—	11 h.	
5	—	8 h. 40	—	10 h.	55
6	—	8 h. 40	—	10 h.	55
7	—	8 h. 45	—	10 h.	1/2
8	—	8 h. 55	—	10 h.	1/2
9	—	11 h.	—	minuit	
10	—	11 h. 20	—	minuit	
11	—	9 h. 40	—	12 h.	20
12	—	11 h. 45	—	2 h.	
13	—				

Au bout de ce temps, le malade se réveille, regarde autour de lui, puis, sans dire un mot, s'endort le plus souvent jusqu'au lendemain matin.

Mais, à son réveil, nous observons une crise identique, mais de durée moindre.

CRISE DU MATIN.

29	Novembre	de 5 h.	45 à	6 h.	
30	—	6 h.	20 —	7 h.	1/2
1er	Décembre	6 h.	1/2 —	7 h.	10
2	—	6 h.	20 —	7 h.	10

3	Décembre	de 6 h.	à	6 h. 50
4	—	6 h. 1/4	—	6 h. 45
5	—	6 h. 1/4	—	6 h. 45
6	—	6 h. 20	—	6 h. 50
7	—	6 h. 10	—	6 h. 40
8	—	6 h. 25	—	6 h. 55
9	—			
10	—	6 h. 45	—	6 h. 45
11	—	6 h.		6 h. 30
12	—			

Lorsque, la crise terminée, M. X.., veut se lever, la marche est impossible, car la jambe gauche est inerte.

Deux domestiques le lèvent alors et le soutiennent sous les bras : Pendant vingt minutes, le malade ainsi tenu, fait des efforts pour marcher en laissant traîner la jambe qui se redresse peu à peu, fléchit encore quelques minutes, puis arrive enfin à supporter le poids du corps.

M. X.., peut alors s'habiller, se rendre à table et passe la journée avec calme, faisant de longues promenades dans Paris.

M. X.., nous l'avons dit, entre le 28 novembre à la Maison de Santé d'Ivry et nous constatons, en ce moment, comme signes d'hystérie, quelques points hypéresthésiques dans la région lombaire, et les crises auxquelles nous assistons. Notre malade présentant, en outre, des symptômes d'anémie, nous lui donnons avec une potion aux trois bromures, des dragées de Rabuteau.

Ce traitement ne donnant aucun résultat, le 7 décembre, nous plaçons, devant le malade, un miroir rotatif, pendant vingt minutes, mais le sommeil ne vient pas, et les deux crises ont lieu, comme l'indique le tableau.

Le 8 décembre, même essai infructueux.

Le 9 décembre, le malade s'endort après une heure de miroirs, et pendant son sommeil je le suggestionne en disant : « *Vous n'aurez pas de crises*. La crise du soir est retardée et celle du matin n'a pas lieu.

Le 10 et le 11 contre-épreuve : le malade est soumis au miroir et n'est pas suggestionné ; les crises ont lieu, mais sont légèrement retardées le 10.

Le 12, sommeil provoqué par les miroirs et suggestion : « Vous n'aurez pas de crises : » La crise du soir est retar-

dée, celle du matin disparaît, mais le malade ne peut marcher à son réveil.

Le 13 enfin, le malade est de nouveau endormi par les miroirs rotatifs et suggestionné : « vous n'aurez pas de crises, et demain à votre réveil, vous marcherez. » En effet, les crises disparaissent, et à son réveil, le malade peut se rendre à sa table de toilette et marcher sans soutien.

Pendant huit jours encore, nous continuons le traitement par les miroirs rotatifs et la suggestion, et pendant les huit jours suivants les miroirs seuls.

Notre malade était complètement guéri et à la fin du mois de février ; il nous quittait sans avoir eu une seule crise.

A ce moment, je pouvais l'endormir malade à ma volonté, par ce simple mot : « dormez » ; et le faire passer en état de somnambulisme ; mais les expériences n'ont pas été poussées plus loin, les effets curatifs étant suffisamment démontrés.

Réflexions. — Cette observation nous semble intéressante à plus d'un titre.

Nous y observons d'abord des phénomènes très caractérisés de grande hystérie chez l'homme : phénomènes remontant à la plus tendre enfance, pour ainsi dire, et que, nul traitement jusqu'ici, n'avait pu améliorer : puisque ce malheureux, découragé, avait dû renoncer à tout travail et n'osait plus sortir seul.

Mais, le fait le plus saillant, est la guérison obtenue en quatre jours par ce traitement : *miroirs et suggestion*, cette guérison s'est parfaitement maintenue, car notre malade nous écrivait ces jours-ci, pour nous annoncer le bon état de sa santé.

En somme, le traitement auquel le malade semblait se soumettre en désespoir de cause, a réussi, là, où l'hydrothérapie et tous les sédatifs du système nerveux n'avaient pu amener aucun résultat efficace.

C'est donc *un cas nouveau à ajouter* aux cas déjà nombreux de guérisons consécutives à l'action de l'hypnothérapie.

LA POÉSIE CHEZ LES ALIÉNÉS

Par Paul Moreau (de Tours).

(*Suite*).

III.

Dans les exemples que nous venons de citer, nous avons vu des malades présentant diverses formes de délire ; chez les uns les impressions sont si fugitives et si nombreuses, les idées sont si abondantes, qu'ils ne peuvent assez fixer leur attention sur chaque objet, sur chaque idée ; chez les autres, le délire est triste, les idées se perdent au milieu du vague et réflètent une impression indéfinissable de mélancolie ; chez tous cependant il y a réaction morbide du système nerveux sur les facultés intellectuelles, se traduisant par ce pouvoir créateur dont nous avons donné des exemples. Mais, chose qui peut paraître plus étrange, il n'est pas jusque dans la démence, ce terme ultime des affections mentales, où l'on ne trouve encore parfois des manifestations poétiques ; le malade fait des vers ou, pour parler plus justement, croit en faire, tandis que ce ne sont que des mots incohérents, placés à la suite les uns des autres, affectant la forme graphique de la disposition des vers.

Mme la baronne de X.., a reçu une éducation peu ordinaire aux personnes de son sexe. Depuis plusieurs années qu'elle est renfermée, elle passe son temps à tracer des cartes géographiques et des tableaux d'histoire qui ne sont que des amas irréguliers de mots scientifiques, de noms grecs, de dates, de phrases incohérentes. Des dessins élégants représentant des fleurs et des fruits de toute espèce ornent ses tableaux, des tirades de vers s'y rencontrent ça et là.

Exemple :

Apologie de Napoléon.

« Onze minutes, criant, horizon,
Canons, lueurs, secondes, détonation.
Nous calculâmes qu'Apollon
Fasse cent dix lieues en phaéton ;

Dix huit cent, observa Colonel,
Qu'Icare se perdit au soleil.
Donc Louis ne mourut par Napoléon,
Craignit d'Espagne l'inquisition,
Le duc d'Enghien ne devait pas suffire
Pour tuer, souffrir, il guillotine. »

Il est impossible de présenter un type plus net d'incohérence ; cependant on nous permettra de faire remarquer que les mots sont presque tous liés entre eux par une certaine analogie, par le son final, des rapports de cause et effet, de circonstances, de temps, de lieu..., etc ; on ne peut dire que leur association soit le résultat d'aucun acte régulier de l'esprit, elle a pu, autrefois, exprimer quelques pensées, dans le cas présent, elle n'a trait à rien, ne signifie rien.

D'autres malades composent des chansons qui souvent n'ont des vers que la disposition graphique.

Mme L., est une femme alerte, bien constituée, qui porte gaillardement ses soixante-dix neuf ans. Elle a été à plusieurs reprises traitée dans les asiles et même dans des maisons privées, et à son entrée à la Salpétrière en 1876, elle présentait une certaine agitation.

Cette malade est actuellement en démence. Elle se couvre de vêtements bizarres, d'oripeaux, est sans cesse en mouvement ; son délire est essentiellement exotique. Heureuse lorsqu'on la flatte, l'amour fait le sujet de toutes ses conversations. Voici un *factum* qu'elle nous a remis à une de nos visites quotidiennes :

ROMANCE CHANTÉE PAR UNE VIEILLE FOLLE.

Adressée à mon père
Le chef des chefs, il y a vingt ans, pour le distraire

Tu ne viens pas
Toi que mon cœur adore
D'amour as-tu
Trays le doux serment
Sur le chemin
Je devance l'alouette
Et chaque soir
Je redis en pleurant
Il ne vient pas
Il ne vient pas.

Il y a de la sorte cinq couplets qu'on nous permettra de ne pas reproduire.

Mme M., est une femme de trente-cinq ans, lingère. Elle est en proie à des hallucinations multiples, de la vue, de l'ouïe.., etc. Elle a vécu six mille ans, elle doit régénérer le monde ; Dieu et la vierge se manifestent à elle ; elle entend la voix de l'enfer qui l'accuse.... Elle nous remit un jour à la visite un volumineux manuscrit de vers qui paraissent être un mélange de souvenirs et d'improvisations. Elle n'y parle que de liberté, monarchie tyrannique, réformation générale universelle, etc.. Le tout bien écrit au point de vue graphique manque absolument d'orthographe. Les mots sont écrits comme ils se prononcent. En dehors de son délire, et en fixant fortement son attention, cette femme répond assez sensément aux questions qu'on lui adresse, elle est polie, convenable, s'occupe toute la journée soit à des travaux de couture, soit à de petits ouvrages de perles. Cependant, comment se fait-il qu'on la « fasse passer pour folle, elle la bienfaitrice du genre humain, elle qui a réformé la nature, à qui les pauvres doivent tout, elle qui d'un mot peut suspendre les délibérations du Sénat, changer le sort des Etats ?... »

C'est là un point sur lequel aucun raisonnement n'a de prise.

Voici un spécimen de ses élucubrations poétiques, empreintes de la plus profonde démence.

RÉFORME UNIVERSELLE
ALLIANCE DES PEUPLES. (1)

Mais hélas à quelle âme puis-je me faire entendre
Puisque l'arrêt fatal, arrêt si redoutable
Ordonne par sa loi qu'il ne faut point comprendre
Enfin que pas un cœur ne me soit favorable
De mes tyrans maudits l'honneur est compromis,
Vaincre et mourir il faut sans qu'il me soit permis
De pouvoir éveiller le sommeil léthargique
Dans lequel tout un peuple endormi
Pour ne se réveiller que dans le Paradis
Où mon martyre glorieux leur fait marquer la place
.....
.....

(1) Nous avons dû rétablir l'orthographe de ce morceau que sa haute fantaisie rendait impossible à lire.

IV.

Quelques déments au sein même d'une divagation complète s'attachent à une idée principale, la conservent intacte malgré de nombreuses distractions et la puissante diversion que devraient opérer une foule d'autres idées qui tour à tour, s'emparent de l'esprit. Qu'on nous permette de citer ici un fait bien remarquable. La femme qui fait le sujet de cette observation est une ancienne institutrice, entrée à la Salpétrière en 1876. Son certificat d'admission portait : « Persécutions imaginaires, cabales, hallucinations, etc. » Quelques années après, on voyait arriver rapidement la démence. Malgré cet état, Mme X., écrivait sans cesse, et, chose connue du reste, ses écrits ne manifestaient nullement le trouble de sa raison. Elle rédigeait dans ses lettres des passages entiers empreints de la plus parfaite lucidité, d'un style facile, élégant, parfois même élevé. La nature, c'est-à-dire l'éducation, l'instruction, reprenaient en quelque sorte leur droit, leur empire, leur supériorité, l'intelligence commandait à la matière. Tel est l'extrait suivant que nous empruntons à une des nombreuses lettres qu'elle remettait chaque jour à la viste :

« .... Vous dites, ma chère Anna, n'avoir rien de nouveau à me dire, sinon que la vie est amère. J'en aurais long à vous dire à ce sujet, si le temps me le permettait. Pauvre Anna ! Oui, la vie est amère, d'autres vous diront qu'elle est douce.

« Demandez au navigateur qui vogue sur la Méditerranée ce qu'il pense de la navigation : il vous dira que la mer est toujours en furie et le pauvre marin bien prêt à périr.

« Consultez celui qui vogue doucement dans les eaux du Cap ou sur les côtes de notre France : il vous dira qu'il y a bien quelques parages où la mer est agitée, mais elle est généralement calme et tranquille.

« Ce n'est pas sans raison qu'on a comparé la vie à une mer orageuse agitée par les passions humaines.

« Chaque âge a les siennes :

« A la jeunesse, l'amour, ses enivrements, ses illusions.

« A l'âge mûr, l'amour matériel, réaliste, avec la soif de l'or ou des honneurs.

« A l'âge du déclin, les regrets, les rancunes, les déceptions, les jalousies.

« Où donc le rencontrer, le calme ? Je crois qu'on ne le trouve que dans l'abnégation de soi-même, dans l'amour du prochain qui pleure, qui a froid, qui a faim, en un mot qui souffre.

« Malheur à qui ne sait pas dominer ses passions : il sera battu par la tempête... »

Mais, hélas ! cette lueur d'intelligence ne dure pas. Mme X. retombe bien vite dans ses idées bizarres, confuses, incohérentes.

Il nous serait facile de citer beaucoup de faits de ce genre ; ils abondent dans nos asiles ; mais nous n'abuserons pas plus longtemps de la bienveillante attention de nos lecteurs. Les exemples précédents choisis parmi les plus caractéristiques, suffisent amplement pour donner une idée de la façon dont les aliénés cultivent la poésie.

Dr P. Moreau, de Tours.

HOPITAL DE LA CHARITÉ

—

GUÉRISON D'UNE ANCIENNE PARAPLÉGIE HYSTÉRIQUE

PAR LA SUGGESTION DE CHANGEMENT DE PERSONNALITÉ (1)

Par J. Luys.

Je pense qu'il y a un grand intérêt à vulgariser un point des ressources nouvelles, que peut offrir, à la thérapeutique des maladies nerveuses, la mise en œuvre de certaines pratiques de l'hypnotisme.

Les cas de guérison, qui se présentent çà et là dans les hôpitaux, en raison même du milieu spécial où ils sont recueillis, de la publicité donnée aux expériences, de la multiplicité des moyens de contrôle, permettent d'ajouter foi à leur récit et de les considérer comme des acquisitions utilisables dans la pratique.

Il s'agit, en effet, d'une malade de mon service, la nommée Gabrielle, qui, entrée dans les derniers mois de l'année dernière à la Charité, pour se faire traiter d'accidents de congestion pulmonaire, fut prise d'attaques hystéro-épileptiques violentes, à la suite desquelles elle eut les deux jambes contracturées d'abord, puis ensuite immobilisées par une impotence complète.

Elle était dans cet état d'immobilité absolue depuis sept mois, et j'avais inutilement employé toutes les ressources de la thérapeutique usitées en pareil cas, sans aucun succès. Mon intention était de reconstituer tout d'abord l'état général du sujet très affaibli par ce séjour prolongé au lit, et, au bout d'un temps variable, d'avoir recours aux pratiques de l'hypnotisme, pour lui suggérer au moment opportun l'idée de marcher.

Ce cas était pour moi la reproduction, traits pour traits, d'une malade atteinte des mêmes troubles moteurs paraplégiques, la nommée Anna, et qui avait été guérie d'une façon miraculeuse en quelque sorte par M. le docteur Bottey, alors mon interne à la Salpêtrière, par les suggestions hypnotiques (2).

Je procédai donc de la même manière, et ce fut M. Foveau,

(1) *Gaz. des hôpitaux*. 5 mars 1887.

(2) Bottey. — *Le Magnétisme animal*, p. 158. — Paris. 1884.

alors élève de mon service à la Charité, qui, suivant mes indications, eut mission de commencer le traitement de l'hypnotisme thérapeutique.

La malade fut donc mise tous les matins en état d'hypnotisme, en période de léthargie, puis de catalepsie et enfin de somnambulisme.

Au bout d'un temps donné mise en période de somnambulisme, elle commença à se mouvoir et à faire inconsciemment quelques pas dans la salle, et bientôt après, lorsqu'elle était réveillée elle retombait paralysée.

C'est alors que M. Foveau eut l'idée ingénieuse, au moment où il l'incitait à marcher, de changer sa personnalité. La malade se croyait être une autre personne ; et, en cette qualité et avec ce procédé détourné, on arriva d'une manière satisfaisante au but que l'on se proposait.

Voici du reste, ci-joints, quelques détails relatifs à l'observation clinique, rédigée jour par jour, de la main même de M. Foveau, qui sont relatifs à ce nouveau procédé de suggestion. Nous continuons, dit-il, à faire marcher la malade en période de somnambulisme en la soutenant peu à peu, et en constatant qu'elle se perfectionne quotidiennement dans la marche. Mais, la période du réveil étant arrivée, l'effort s'épuisait, et la malade demeurait impotente de nouveau.— Les choses étant en cet état, nous lui suggérâmes l'idée (étant dans la période de somnambulisme) qu'elle devait conserver au réveil, qu'elle n'était plus Gabrielle, que sa personnalité était changée et qu'elle était Yvonne, sa voisine, fille très alerte.— Cette suggestion thérapeutique eut un plein succès ; Gabrielle conserva en effet à l'état de veille l'impulsion qui lui avait été envoyée. Elle crut, durant toute la journée, être Yvonne et prenait son rôle au sérieux ; elle se mit à marcher comme elle et à récupérer toutes ses allures naturelles. Ce n'est que le lendemain qu'elle se réveilla naturellement, énervée, disait-elle, avec un sentiment de malaise général et une sensation pénible *d'être dans la peau d'une autre.*

Cette opération de la substitution de la personnalité et de guérison transitoire fut renouvelée avec le même succès trois jours de suite ; la malade, passant toute la journée sous le nom d'Yvonne à circuler dans la salle, s'endormait régulièrement le soir pour se réveiller le lendemain avec le même sentiment de fatigue insolite.

On la laissa deux jours au repos, sans rien lui faire pour ne pas lui donner une fausse direction, et le troisième jour,

une fois en somnambulisme, on lui donna la suggestion qu'au réveil elle allait être guérie et qu'elle marcherait naturellement. C'est effectivement ce qui eut lieu. A partir du jour où elle récupéra ainsi la faculté de mouvoir ses membres par les procédés naturels, elle continua à aller de mieux en mieux, et les allures de sa marche, qui étaient hésitantes, saccadées, devinrent régulières et bien coordonnées.

La guérison s'est, depuis trois semaines, maintenue d'une façon stable ; la malade est plus calme qu'avant ses crises et semble entrer dans une phase de franche convalescence.

J'ajouterai que j'ai revu cette malade une année après ces pratiques thérapeutiques et que la guérison s'est parfaitement maintenue.

REVUE DE MÉDECINE MENTALE

—

LES MORPHINIQUES

Par M. le docteur Edouard Toulouse,
Médecin-adjoint des asiles de la Seine.

I

Le docteur Lewin vient de publier en Allemagne, sur la récente loi votée contre l'abus des liqueurs spiritueuses, une étude critique, au cours de laquelle il demande que l'on prenne des mesures contre l'extension, de jour en jour croissante, des intoxications volontaires, et notamment du morphinisme (1).

La protestation de ce médecin est des plus légitimes. Car chacun sait avec quelle rapidité ce vice s'est répandu, dans ces dernières années, en Europe. Le mal sévit dans toutes les classes de la société, principalement dans la bourgeoisie, c'est-à-dire dans le milieu qui fournit les forces psychiques de la nation. Ainsi que le fait remarquer le docteur Lewin, cela est doublement fâcheux.

Mais le morphinisme tend à contagionner les populations ouvrières, surtout à Paris, où il n'est pas rare aujourd'hui de voir des gens du peuple s'adonner à cette intoxication volon-

(1) Lewin. *Berlin. klin. Wochens.*, 1892.

taire. Il y a donc là un péril social. Car, par la déchéance physique qu'imprime la morphine aux malheureux qui en font abus, cette dernière exerce son action jusque sur leur descendance. Elle ne produit donc pas seulement une maladie de l'individu, mais aussi une maladie de l'espèce. M. Lutaud publiait, il y a cinq ans, dans l'*Union médicale* (1), un travail tendant à établir que l'usage prolongé de la morphine supprime la menstruation chez la femme, qui est ainsi frappée de stérilité.

D'autre part, cette intoxication peut aussi déterminer, chez certains individus prédisposés, des troubles mentaux divers, et conséquemment les pousser à des actes délictueux, qui peuvent être dangereux pour leur entourage. Témoin ce morphinique qui, dernièrement à Paris, martyrisait son enfant.

Certaines personnes indélicates se sont même servies de la morphinisation pour attenter à la santé de leurs proches. On se rappelle la triste affaire de Mme Dida, cette malheureuse morphinique qui fut assassinée par son amant. Le procès a permis d'établir (2) que cette jeune femme avait été poussée à s'intoxiquer par son mari, qui lui vantait les agréables sensations procurées par la morphine. Ce mari, impuissant et très jaloux, agissait ainsi pour annihiler chez son épouse tout désir amoureux.

Il est enfin à redouter, si même le fait ne s'est déjà pas produit, qu'un esprit criminel n'essaye de faire mourir quelqu'un en l'incitant à prendre de la morphine.

Le danger causé par le morphinisme est donc évident et multiple. Comment donc combattre ce vice social ?

Les uns voudraient agir sur les intoxiqués, en les séquestrant, et les autres sur le toxique, en empêchant que les malades puissent s'en procurer à leur gré.

La séquestration des morphiniques est une question des plus délicates. Et d'abord, il faut bien séparer les simples morphiniques des morphinomanes (3), que l'on confond généralement avec les premiers dans le langage courant.

Les morphiniques sont les personnes qui s'adonnent habituellement à la morphine, comme les buveurs font usage d'alcool. Sans aller si loin que M. Pichon (4), qui soutient que

(1) Lutaud. *Union méd.*, 8 avril 1887.

(2) Guimbail. Etude médico-légale à propos de l'affaire Wladimiroff, *Ann. d'hypn. et de psychiat.*, février 1891.

(3) Magnan. Soc. méd.-psychol., séance de fév. 1891.

(4) Pichon. *La morphinomanie*.

l'appétit à la morphine peut être développé chez le premier venu, et bien qu'on doive, au contraire, supposer chez le malade une certaine prédisposition, qui transforme un besoin accidentel en un besoin fondamental et impérieux de l'organisme, on doit cependant admettre, étant donné surtout la généralisation du vice, que la plupart des gens sont plus ou moins aptes à devenir morphiniques. Les morphiniques sont donc, en quelque sorte, les ivrognes de la morphine.

Mais les morphinomanes sont de véritables aliénés et ont des appétits paroxystiques à la morphine. En dehors de ces crises, de ces impulsions morbides, pendant lesquelles ils recherchent l'alcaloïde de l'opium, comme les dipsomanes sont incités violemment à boire, ils peuvent être sobres et même avoir de la répulsion pour le poison. Ce sont, en somme, de vrais malades, chez lesquels les accès sont plus ou moins espacés et peuvent laisser, dans leur intervalle, une santé mentale relative.

Certes, ceux-là dépendent entièrement des aliénistes, et leur séquestration est légitime, parce que, dans leurs crises, ils peuvent commettre des délits nombreux ; d'ailleurs, ils ne sont pas responsables, et, à ce titre, doivent être traités comme tous les autres aliénés. Leur nombre est, d'ailleurs, excessivement restreint.

Mais les morphiniques, en tant que s'adonnant à la morphine, ne sont pas des aliénés. Il est donc impossible de les maintenir légalement dans les asiles, pas plus que les ivrognes simples. Lorsque, par suite de leur intoxication chronique, ils présentent des troubles de l'intelligence, ils rentrent alors dans la catégorie des alcooliques délirants, dont la séquestration est nécessaire.

A l'étranger, et notamment en Amérique, en Angleterre et en Allemagne, il existe, pour les morphiniques, des maisons de santé spéciales, qui rappellent les asiles spéciaux analogues, construits pour les buveurs. Car les uns et les autres sont de la même famille ; ce sont des intoxiqués volontaires, et le préjudice qu'ils causent par leur vice à la société est le même. C'est pour cela que les mesures qui sont dirigées contre les uns et contre les autres doivent être semblables.

Il serait à désirer que l'on créât, en France, des maisons particulières où l'on traiterait les morphiniques. Ceux-ci entreraient volontairement, en s'engageant à ne sortir qu'après l'autorisation du médecin. Un séjour de quelque durée dans

l'établissement permettrait d'assurer la guérison dans bien des cas.

En France, le morphinique ne peut se soigner. L'hôpital n'est pas organisé pour le recevoir. La surveillance ne peut y être assez sévère ; les salles y sont trop ouvertes et la défense de la morphine faite à un malade n'a aucune sanction pratique.

D'autre part, l'asile est considéré presque comme infamant. Presque tous les morphiniques, pleins de bonne volonté et désireux de se soumettre à une cure, reculent devant une maison d'aliénés.

Enfin, le traitement à domicile est une chimère, encore qu'il ne soit possible qu'à une petite minorité de malades, à des personnes très aisées, qui ont les moyens d'avoir un médecin particulier chez elles.

Mais le traitement des morphiniques n'est qu'un côté de la question. Ce qu'il faut surtout, c'est un traitement prophylactique, c'est empêcher matériellement les gens sains de s'adonner à la morphine.

Il est bien clair que, si personne ne pouvait acheter de la morphine que sur une ordonnance médicale, le problème serait résolu aussitôt.

Malheureusement, il n'est pas facile, pratiquement, d'empêcher les morphiniques de se procurer leur poison. On connaît la ruse de ces malades, les stratagèmes qu'ils emploient pour obtenir quelques centigrammes du précieux alcaloïde. Les mensonges, les faux, les bassesses les plus honteuses, rien n'arrête ces malheureux. Nous avons connu une femme qui se prostituait pour gagner l'argent nécessaire à l'achat de la morphine qu'elle consommait.

Comment les morphiniques se procurent-ils leurs aliments ?

MM. Lutaud et Descouts (1), qui ont étudié ce point spécial, sont d'avis que les pharmaciens sont de moins en moins portés à délivrer de la morphine irrégulièrement, c'est-à-dire sans ordonnances ou sur des ordonnances ayant déjà servi.

Des condamnations sévères, et aussi une plus juste conception de leur devoir, les ont rendus plus circonspects.

Mais outre les pharmaciens qui vendent de la morphine en

(1) Lutaud et Descouts. Questions médico-légales relatives à l'abus de la morphine : Rapport présenté au Congrès internat. de médecine légale 1889.

quantité plus ou moins grande, certains droguistes et fabricants, peu scrupuleux, distribuent généreusement au public des quantités considérables de cet alcaloïde.

Le Congrès international de médecine légale de 1889 a vu là un abus criant et a émis le vœu suivant :

1° *Les droguistes et les fabricants de produits chimiques et pharmaceutiques ne peuvent vendre de la morphine et de la cocaïne qu'aux pharmaciens* ; la livraison des toxiques ne peut avoir lieu qu'à domicile.

2° *Les pharmaciens ne peuvent exécuter qu'une seule fois, à moins de mention contraire inscrite par le médecin, une ordonnance contenant de la morphine ou de la cocaïne.*

Malheureusement ces vœux, comme tant d'autres, sont restés stériles, et aucune modification n'a été apportée à l'ordonnance de 1846 qui réglemente la vente en gros des toxiques, et dont la seule exécution rigoureuse empêcherait déjà les principaux abus. Cela est regrettable, car les moyens proposés par le Congrès sont les seuls propres à enrayer l'extension du morphinisme.

Les autres moyens conseillés (2) sont aléatoires. On a dit qu'il fallait considérer le fait de se faire une piqûre de morphine, sans autorisation médicale, comme un délit assimilable à l'ivresse. Mais, pratiquement, il serait impossible de constater le délit. En outre, si la répression de l'ivresse a une excuse dans le désordre public que cause un homme ivre, celle du morphinisme ne peut avoir ce prétexte.

On a proposé aussi un impôt très lourd sur la morphine. Mais c'est là un médicament précieux, dont il serait peu philanthropique d'élever le prix. Si on adoptait cette mesure, le morphinisme ne serait plus qu'une maladie des riches ; et encore n'est-il pas bien certain que le coût élevé du médicament ait pour résultat d'en dégoûter les pauvres.

Il est bien plus simple d'empêcher la vente clandestine de la morphine que de prendre un moyen détourné, qui frapperait aussi bien les malades qui ont réellement besoin de ce médicament, que les personnes qui s'en servent pour s'intoxiquer. On a là un procédé sûr et qui serait parfaitement efficace pour enrayer le mal.

On conçoit que pour l'alcool, qui est un objet de consom-

(2) Lefèvre. De l'internement des morphinomanes, in *Ann. d'hypn. et de psychiat.*, mars 1891.

(1) Falret. *Les aliénés et les asiles d'aliénés*, 1860.

mation publique, on ne puisse trouver d'autre empêchement à ses ravages qu'un fort impôt. Mais la morphine est un médicament. Que, dans aucun cas, elle ne soit vendue aux simples particuliers en dehors d'une ordonnance médicale, et du coup le morphinisme sera bien près de s'éteindre. *Sublatâ causâ, tollitur effectus* ; pas de morphine, pas de morphinisme.

BULLETIN MENSUEL

DE LA

CLINIQUE HYPNOTHÉRAPIQUE DE LA CHARITÉ

Mars 1892.

SALLE ANDRAL (femmes).

Malades anciennes.

M. P. *Hystérie. Epilepsie.*
L'état de cette malade est stationnaire.

Madeleine R., 21 ans. Tailleuse. *Mélancolie. Idées de suicide.*
Cette malade a quitté le service complètement guérie.

Pauline M., 15 ans. Couturière. *Hystérie. Crises convulsives.*
Cette malade est aussi partie complètement guérie.

Eugénie B., 19 ans. Couturière. *Nœvus de la face traité par la suggestion.*
L'observation très complète que nous prenons de cette malade nous oblige à retarder encore la publication des documents que nous avons réunis sur ce cas. La décoloration du tissu morbide fait d'une façon progressive, mais lentement.

Malades nouvelles.

N° 9. Andréa L., 20 ans. Couturière. *Hémiplégie gauche consécutive à une attaque hystérique. Hémianesthésie.*
Parents bien portants. Des sœurs quelque peu nerveuses ; mais sans jamais amener d'attaques.
Début de la maladie il y a deux ans, par des tremblements qui duraient deux et trois heures. Ces tremblements étaient suivis de syncopes qui duraient une demie heure ou trois quarts d'heures. Ils se renouvelaient 7 ou 8 fois par jour et ont duré environ 7 mois.
Traitée par le bromure pendant dix-huit mois, sans résultats appréciables.
Il y a un an, début des crises d'hystérie. Sept et huit par jour. A la suite d'une attaque, elle a constaté qu'elle était paralysée incomplètement de tout un côté.
Arrivée à l'hôpital, mercredi 30 mars, avec une hémiplégie gauche qu'elle a depuis quinze mois avec des alternatives de mieux et de pire. Actuellement, l'hémiplégie gauche est bien accusée

quoique non complète. La marche est difficile mais non impossible. Il y a hémianesthésie gauche complète. Le voile du palais est insensible à gauche.

Elle peut lever le bras, mais ne peut se servir de sa main, les muscles de l'avant-bras sont impotents.

Elle marque au dynanomètre, à droite, 18 kilog. et à gauche 6 kilog..

Elle est soumise à l'action des transferts avec suggestion.

Au bout de la deuxième séance elle se sent améliorée. La marche est plus facile et elle se sert mieux de ses mains.

On continue le traitement,

N° 7. Angèle D. Domestique, 37 ans. *Névralgies du Plexus branchial. Hystérie.*

Père mort de variole. Mère morte de fièvre typhoïde.

Enfance maladive. A 15 ans atteinte de fièvre typhoïde. Depuis cette époque, la malade est restée impressionnable ; nerveuse.

Pas de crises jusqu'à l'âge de 23 ans. Mariée à 17 ans, atteinte seulement à cette époque d'une légère chorée des membres droits.

Il y a 4 ans, début des crises à la suite d'une péritonite grave. Les crises prennent tous les mois avec recrudescence quelquefois pendant une semaine.

Traitée par le bromure, les douches, l'électricité et les bains. Sous l'influence de ce traitement son bras s'est amélioré ; mais il y a un mois reprise de douleurs très violentes dans le bras droit. C'est pour ces douleurs qu'elle entre à l'hôpital le 1er avril.

On commence le traitement par le miroir.

SALLE LOUIS (hommes).

Malades anciens.

Louis W., 28 ans. Emballeur. *Hystérie, somnambulisme, anesthésie, asthénie musculaire.*

On peut considérer ce malade comme presque entièrement guéri. On continue toutefois le traitement par le *sommeil prolongé.*

Malades nouvelles (femmes).

Consultation externe.

Hélène S., 21 ans. Institutrice. *Bourdonnement d'oreilles. Céphalalgie. Surdité légère.*

Père bien portant. Mère morte d'une affection cardiaque.

Une sœur bien portante.

Très bonne santé depuis son enfance, la malade se plaint toutefois d'avoir toujours été nerveuse.

Début de l'affection il y a 11 ans par une sensation de bourdonnements intermittents dans les deux oreilles. Peu à peu, l'affection s'est étendue, les bourdonnements sont devenus continus et résonnent dans toute la tête. Sensation constante de gêne au niveau des vertèbres cervicales. Tous les traitements essayés ont échoué.

Arrive à la consultation le lundi 28 mai. Traitée par la couronne aimantée, elle accuse dès le lendemain une très légère amélioration. Cependant l'emploi du transfert active de beaucoup cette amélioration.

On continue le transfert.

Augustine S., 21 ans. Femme de chambre. *Hystérie. vomissements répétés. Impossibilité de s'alimenter. Suggestion. Guérison.*

Mère bien portante. Père mort d'une chute de cheval.

Des sœurs très nerveuses.

La plus jeune de la famille. Très nerveuse étant enfant. A la moindre contrariété avait une syncope. Cette affection disparaît à dix ans. Réglée à douze ans très régulièrement.

Il y a un mois, début de l'affection actuelle, subitement par une crise qui la surprend inopinément dans la cuisine. A partir de ce moment, deux à trois crises par jour. Impossibilité de manger. Vomissements immédiats dès que la malade voulait avaler quoi que ce soit.

Elle arrive à l'hôpital le 28 mars dernier, dans cet état. On constate que la malade est très émotive et que la forme de son affection l'effraye beaucoup. Elle est légèrement hémianesthésique du côté gauche.

On commence le traitement par le sommeil et la suggestion. Le sommeil est obtenu en une minute au commandement (la malade n'avait jamais été endormie auparavant). La suggestion de manger et de garder les aliments est aussitôt donnée. Le lendemain, la malade revient et nous annonce qu'elle n'a eu qu'une crise et que ses aliments ont été parfaitement supportés.

Les fonctions de l'estomac se rétablissent dès ce jour et les crises sont réduites. Une crise par jour. On continue le traitement.

Consultation externe.

Malades anciens (hommes).

Gaston N., 15 ans. Employé. *Attaques hystéro-épileptiques fréquentes. Craintes de mort subite. Guérison.*

La guérison de ce malade se maintient. Il ne vient plus subir le traitement que deux fois par semaine.

Louis F. Commandant. *Neurasthénie.*

Le malade a interrrompu son traitement pour aller faire un séjour dans le Midi.

Malades nouveaux (hommes).

Georges C., 22 ans. Sans profession. *Neurasthénie. Suites de surmenage.*

Père et mère bien portants. Un frère bien portant.

Pendant son enfance a toujours été un peu triste, mais sans accidents nerveux.

Début de la maladie dès l'âge de 12 ans. A la suite de surmenage intellectuel, sanction de fatigue progressive, souffrances au niveau de l'estomac après les repas, puis apparition de douleurs de tête. Cela dure sans s'amender jusqu'à l'âge de 20 ans.

A ce moment, fait son service militaire. Ce surmenage physique auquel il est astreint augmente encore les symptômes douloureux qu'il ressent.

Traité à Bordeaux, par les moyens ordinaires ; douches, bromidia, noix vomique, etc., sans grand résultat.

Arrive à la consultation il y a un mois.

Nous commençons le traitement par la suggestion.

Son état commence à s'améliorer.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix Frères.

ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

DES PROCÉDÉS A EMPLOYER POUR L'ÉTUDE ANATOMIQUE ET PHOTOGRAPHIQUE DU SYSTÈME NERVEUX

Par J. LUYS,

Membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité.

L'étude de la structure intime du système nerveux central est un des problèmes les plus ardus de l'anatomie humaine. Le tissu nerveux en lui-même avec sa mollesse, son altérabilité rapide, avec la délicatesse des éléments ultimes dont il est constitué, semble déjouer toutes les tentatives et décourager toutes les bonnes volontés. C'est en raison de ces difficultés extrêmes, inhérentes à la nature du terrain à défricher, qu'il convient d'employer des procédés variés, des méthodes nouvelles, pour pénétrer plus à fond et arriver à donner des descriptions aussi rapprochées que possible de la réalité. Chaque procédé ayant en lui-même ses avantages et ses inconvénients, on peut ainsi contre-balancer les résultats fournis par les uns et les autres, et prendre en quelque sorte une moyenne de résultats.

La méthode par excellence, à laquelle j'ai eu dans mes recherches particulièrement recours, est celle des coupes

minces de la substance cérébrale, pratiquée dans les trois directions, horizontale, verticale et antéro-postérieure, et de la reproduction de ces coupes successives à l'aide de la photographie.

La méthode du *clivage* vient ensuite. — Elle a pour but de suivre les fibres nerveuses durcies primitivement suivant leur direction naturelle.

J'ai eu recours encore très fréquemment à la momification de la substance cérébrale, surtout pour l'étude des circonvolutions et celle des différents territoires de l'écorce.

En dehors de ces divers procédés qui s'appliquent à des coupes d'ensemble du cerveau, il est nécessaire pour étudier certains détails de faire des coupes minces transparentes, et de les étudier au microscope, soit à de faibles, soit à de forts grossissements, surtout quand il s'agit d'étudier particulièrement des éléments nerveux dans leur structure intime.

1° MÉTHODE DES COUPES SUCCESSIVES DU TISSU NERVEUX.

A. Coupes opaques du tissu nerveux étudiées par réflexion.— La méthode la plus idéale, celle qui *a priori* doit fournir les résultats les plus exacts pour l'étude de la structure intime du cerveau, est celle qui a déjà été mise en usage d'une façon magistrale par Stilling dans ses remarquables recherches iconographiques sur la structure de la moelle épinière et de la moelle allongée. C'est cette méthode à laquelle j'ai eu déjà recours pour mes premières Recherches qui remontent à 1865, et que j'ai appliquée d'une façon complète en 1871, dans mon *Iconographie photographique des centres nerveux.*

Elle consiste essentiellement à pratiquer sur la substance nerveuse préalablement durcie, une série de coupes juxtaposées soit dans le sens horizontal, soit dans le sens vertical, soit dans le sens antéro-postérieur, et destinées à montrer les détails de la masse solide à examiner sous ses trois dimensions fondamentales. — Ces coupes faites méthodiquement à un millimètre les unes des autres ont été ensuite enregistrées méthodiquement par la photographie dans l'or-

dre de leur juxtaposition. J'ai pu obtenir ainsi une série de clichés représentant la nature dans toute sa sincérité, avec un cachet tout à fait impersonnel, ce qui m'a permis de dresser véritablement la carte topographique de l'agencement des éléments nerveux les uns vis-à-vis des autres.

Cette méthode simple et naturelle laisse les choses en place. La main de l'homme n'intervient pas pour tracer la direction des fibres ; celles-ci s'inscrivent là où elles sont sur les plaques photographiques, et donnent ainsi une représentation aussi exacte que possible de la réalité.

Mais, il faut bien le dire, ce procédé d'études est long, difficile, et rempli d'incidents imprévus à chaque pas que l'on fait. La patience de l'opérateur est à chaque instant mise à l'épreuve, et ce n'est qu'à la suite de longs tâtonnements, et je dirai même de certains tours de main, que l'on arrive au succès désiré. — C'est ce qui explique évidemment la rareté des travaux contemporains sur ce sujet et leur peu de valeur démonstrative, due sans aucun doute à l'insuffisance des procédés mis en œuvre.

Nous allons exposer néanmoins avec détails la série des procédés techniques qui nous ont servi à la représentation de ces coupes cérébrales si nettes et si remplies de détails, publiées dans notre *Iconographie photographique des centres nerveux* (1).

Les principaux points du problème à résoudre ont été ceux-ci : 1° Durcir le tissu nerveux d'une façon suffisante à l'aide de l'acide chromique pour permettre de faire des coupes d'ensemble de 2 ou 3 mill. d'épaisseur ; — 2° Décolorer les tranches obtenues ainsi à l'aide de bains décolorants et enlever l'acide chromique infiltré dans les tissus ; — 3° Mettre les pièces ainsi décolorées dans un bain convenable pour que leurs détails puissent être intégralement reproduits par la photographie.

La question du choix des cerveaux à mettre en œuvre est un des points les plus importants à considérer pour éviter des mécomptes. Il faut de préférence rechercher ceux ayant appartenu à des sujets de 20 à 50 ans, et s'assurer au préa-

(1) Voir Luys, *Iconographie photographique des centres nerveux*, J. B. Baillière, Paris, 1871.

lable que ces sujets n'ont pas été atteints d'une affection cérébrale. — Lorsqu'il s'agit d'étudier la structure de l'écorce, on recherchera particulièrement les cerveaux des sujets qui ont succombé à une mort subite.

1° Après avoir enlevé la masse encéphalique de la boîte crânienne suivant les procédés usuels, on procède immédiatement à son durcissement pour pouvoir faire ultérieurement les coupes. Le bain destiné à être employé comme durcissant est une solution d'acide chromique à 4 0/0. — Le cerveau ayant été séparé de l'isthme de l'encéphale, doit être dépouillé de ses membranes, et, suivant qu'on veut faire des coupes soit dans la direction horizontale, soit dans la direction verticale, on sectionne la masse entière du cerveau en trois tronçons verticaux ou horizontaux à l'aide de deux incisions pour faciliter la pénétration du liquide durcissant.

Ces tronçons sont plongés immédiatement dans une grande terrine qui doit contenir une quantité suffisante de solution chromique pour que les tronçons cérébraux soient convenablement immergés. — Ceci fait, il est absolument indispensable de surveiller quotidiennement l'opération du durcissement des pièces, car lorsque l'on se sert d'acide chromique, il faut se souvenir que cet acide n'a pas, comme le bichromate de potasse, la propriété de pénétrer profondément et lentement. L'acide chromique forme à la surface des coupes une croûte dure qui empêche l'imbibition. Il saisit vivement la pièce comme un feu trop vif saisit la viande qui rôtit, de sorte que les portions centrales, quand la coupe est trop épaisse, sont quelquefois à l'état de putrilage, alors que la partie superficielle a un très bon aspect.

Pour éviter cet inconvénient, il convient, dès le deuxième ou le troisième jour de l'immersion, à l'aide d'un couteau à cerveau recouvert d'huile, d'ébarber délicatement cette croûte durcie à la surface des tronçons et d'aviver ainsi les parties sous-jacentes. Chaque tronçon doit être ainsi traité sur ses deux faces, et, quand on a ainsi opéré, on laisse les pièces s'imbiber lentement en ayant soin d'ajouter quelques cristaux d'acide chromique de temps en temps pour maintenir la solution au même degré de saturation.

Une fois la préparation des tronçons cérébraux durcie de cette manière, au bout de cinq à six jours d'immersion, on procède à la confection des coupes définitives destinées à servir de modèles pour la photographie. — S'il s'agit de faire des coupes horizontales, on place le tronçon supérieur horizontalement sur une table, et, à l'aide d'un couteau à cerveau bien huilé, on pratique une première section horizontale au niveau du corps calleux. On voit apparaître d'emblée la cavité des ventricules, et à gauche et à droite les éléments de la couronne rayonnante de Reil. Cette première coupe étant ainsi obtenue, on procède à la confection des coupes sous-jacentes en traçant des incisions parallèles à la première ; et, à l'aide d'une certaine habileté manuelle que l'habitude donne, on peut aisément faire une série de tranches cérébrales d'environ 2 à 3 millimètres d'épaisseur, comprenant toute la surface des deux hémisphères (1).

On opérera de la même manière lorsque il s'agira de faire soit des coupes verticales, soit des coupes antéro-postérieures. Lorsque certaines régions centrales ne présentent pas sous le couteau une fermeté suffisante, on pourra, sans inconvénient prolonger l'immersion dans le bain chromique pendant deux ou trois jours en sus et attendre que le raffermissement soit suffisant.

2° Les tranches cérébrales au sortir de la solution chromique sont absolument réfractaires à la reproduction par la photographie ; et, si on voulait les reproduire dans ces conditions, on n'obtiendrait que de tristes résultats. Elles ont une coloration gris verdâtre, une teinte uniforme, et sont presque absolument privées de détails.

Pour leur donner ces qualités spéciales de coloration et de striation qu'elles ont à l'état frais, il faut savoir les expurger convenablement de l'acide chromique qu'elles contiennent et qui masque sous un voile uniforme les nuances diverses de leurs teintes naturelles. — C'est là la condition indispensable du succès pour arriver à produire des épreuves photographiques qui signifient quelque chose et qui

(1) Il est évident que le même cerveau ne peut suffire à donner une série de coupes durcies régulièrement juxtaposées. On complétera, sans inconvénients la série par des coupes des mêmes régions appartenant à un autre cerveau.

soient pourvues de contrastes. C'est là un des points caractéristiques de la méthode de photographie que j'ai instituée.

Pour arriver à ce résultat, le procédé spécial que j'ai inventé et dont j'ai déjà donné le détail dans le journal de Robin (1), consiste à faire passer successivement les tranches cérébrales, au sortir de la solution chromique, d'abord dans une solution de soude caustique, et ensuite dans une solution d'acide chlorydrique affaiblie.

Pour faire cette série de manipulations, il est indispensable d'abord de se procurer une série de cuvettes en porcelaine à fond plat dont on se sert en photographie, et de faire glisser au-dessous de chaque coupe cérébrale une feuille de papier destinée à lui servir de soutien, à faciliter son immersion et ses déplacements d'une cuvette dans une autre. — On prépare donc un bain alcalin à l'aide de la soude caustique, environ dix pour cent, et on immerge la pièce d'un seul mouvement, en ayant soin d'agiter la cuvette. On voit alors cette pièce se gonfler légèrement, les parties grises des noyaux centraux prendre une coloration rougeâtre d'un velouté spécial ; les portions blanches, une teinte gélatineuse et translucide. Cette immersion ne doit pas être poussée trop loin ; le temps variera suivant l'épaisseur de la pièce, cinq à dix minutes suffisent.

On lave ensuite à grande eau pour enlever toute trace d'alcalinité, et immédiatement on arrête le travail de dissociation qui a commencé, en plongeant les tranches cérébrales dans un bain d'acide chlorhydrique étendu à dix pour cent. L'action de l'acide chlorhydrique peut être prolongée sans inconvénient environ une heure ou deux heures suivant l'épaisseur des pièces.

La surface de la coupe immédiatement sous l'influence du bain acidulé change rapidement d'aspect ; elle devient blanchâtre et récupère sa fermeté de tissu.

Cela fait, on jette la solution chlorhydrique, on lave à grande eau la pièce, et on la laisse reposer sur le fond plat de la cuvette dans un bain d'eau simple. On applique sur sa face supérieure un verre qui la recouvre complètement

(1) Luys. Procédé pour décolorer les coupes cérébrales colorées par la solution chromique sans altération de tissu. *Journal d'anatomie* de Ch. Robin, 1872, p. 265.

et qui est destiné à égaliser cette surface. Sur ce verre on applique un poids, ou bien une bouteille d'un demi-litre remplie d'eau. — Si ces opérations ont été méthodiquement conduites, au bout de 24 heures environ, les cristaux d'acide chromique réduits à l'état d'oxyde de chrome, se présentent sur les bords de la pièce et à sa surface sous forme d'une poudre verdâtre pulvérulente. La douce pression à laquelle elle a été soumise par le poids de la bouteille, a favorisé ce travail d'élimination, et, lorsqu'on vient à enlever le verre qui la recouvrait, on reconnaît que la substance blanche du tissu nerveux a repris son éclat, que la substance grise des régions centrales est très nettement dessinée, et que les rapports naturels des teintes sont parfaitement revenus.

La tranche cérébrale, ainsi préparée, est apte à être reproduite par la photographie (1).

3° L'exposition de la pièce anatomique devant la plaque photographique nécessite encore une technique spéciale. — Les coupes, en effet, pour arriver au maximum d'effet, ne doivent pas être photographiées à l'air libre. Elles doivent être placées dans un bain liquide, et ce bain liquide doit avoir lui-même une composition spéciale pour les mettre dans toute leur valeur.

Il faut donc se munir d'une cuve verticale, dont la paroi antérieure est en verre, et dans laquelle la pièce doit être verticalement placée. Celle-ci doit reposer sur un fond de papier blanc, être complètement immergée, et légèrement

(1) Je rappelle qu'il est absolument nécessaire d'avoir recours à ces procédés délicats, si on veut avoir de bonnes épreuves photographiques qui expriment la vérité, car il faut tenir compte de la constitution même du tissu nerveux sur lequel on opère.

Quand, en effet, on fait une incision sur une masse nerveuse, la myéline des tubes nerveux, substance visqueuse par excellence, s'épanche immédiatement sur la surface qu'on vient d'inciser et en masque les détails, si bien que, lorsque la pièce est plongée dans la solution chromique, la croûte durcie à laquelle nous avons fait allusion tout à l'heure, comprend une portion de myéline épanchée. C'est pour cela qu'il est si nécessaire d'ébarber, aussitôt que possible, le *coagulum*. Une fois la croûte enlevée, les tubes nerveux solidifiés en place et ayant leur myéline solidifiée pareillement, restent juxtaposés, la lumière béante dans leur position naturelle, comme ces rouleaux de papiers à tentures que l'on voit dans les magasins, juxtaposés dans leurs casiers les uns à côté des autres et groupés parallèlement. — L'oubli de ces simples précautions fera toujours que les coupes du tissu nerveux qui n'auront pas été traitées ainsi que je l'indique, ne fourniront que des résultats avortés, incapables de mettre en évidence la direction naturelle des fibres nerveuses.

comprimée derrière cette paroi de verre. Le bain d'immersion que l'on peut préparer à l'avance est composé par un mélange : d'eau 500 grammes, acide acétique cristallisable 100 grammes, et sirop de sucre 200 grammes. Le sirop de sucre et l'acide acétique ont la propriété de donner aux tissus immergés une grande translucidité, et, quand on éclaire la surface de la pièce ainsi disposée verticalement, à l'aide d'un miroir plan qui concentre sur elle les rayons solaires, on est tout étonné de voir avec quelle intensité ces mêmes rayons pénètrent dans sa masse, et fouillent, en quelque sorte, dans ses profondeurs.

C'est grâce à ces procédés techniques, suivis scrupuleusement de point en point, que les planches photographiques de mon Iconographie présentent, avec tant de netteté, les détails intimes des régions centrales du cerveau, et offrent une profondeur d'aspect, une finesse de détails que ceux qui n'ont pas employé ces procédés, n'ont pas encore pu obtenir. — Les choses étant ainsi préparées, la reproduction des pièces par la photographie se fait suivant les procédés usuels. J'insiste seulement sur la nécessité de se servir de petits diaphragmes et d'opérer directement avec les rayons solaires réfléchis sur la pièce à l'aide d'un grand miroir-plan (1).

B. Coupes transparentes du tissu nerveux. — Tous les détails de technique que nous venons d'exposer s'appliquent aux coupes de grande étendue, d'une certaine épaisseur, et dont on ne reproduit par la photographie que la surface. Il est des cas dans lesquels on désire étudier à fond une région donnée dans toute son épaisseur, et en fixer les détails par la photographie.

Pour arriver à ce but, on commence par durcir la région en question sur des fragments de 3 à 4 centimètres de lon-

(1) Les clichés qui ont été ainsi préparés, contiennent beaucoup de détails qui étonnent, parce qu'ils échappent ordinairement à la vue. On peut, d'une part s'en servir pour faire des projections murales, et, d'autre part les utiliser pour faire des grandissements en forme de tableaux de démonstrations anatomiques. — C'est ce dont on peut s'assurer en visitant les planches qui sont exposées dans la salle des séances de l'Académie de Médecine à Paris. — Ces planches qui ont valu à l'auteur une récompense honorifique à l'Exposition internationale de 1889 ont été offerts à l'Académie de Médecine.

gueur, sur 3 à 4 centimètres de largeur, dans une solution chromique au même degré de concentration que la précédente, et en suivant la méthode précitée pour suivre les degrés divers du durcissement. On fait ensuite des coupes minces, à main levée, avec un instrument à lame plate bien tranchant, et, la coupe étant faite, soit qu'il s'agisse de la protubérance, de la moelle allongée, de la couche optique, on les plonge dans une solution d'eau légèrement ammoniacale, au lieu de soude caustique. On laisse ainsi la préparation immergée pendant 15 à 20 minutes, jusqu'au moment où elle prend une teinte grisâtre et un aspect légèrement gélatineux sur les bords. On lave ensuite à grande eau, jusqu'à ce que le bain ne présente plus de dépôt pulvérulent. Puis, on plonge les pièces dans une solution d'acide chlorhydrique étendue 10/100, et environ un quart d'heure après, dans un bain définitif d'acide acétique cristallisable avec un mélange en proportions variées, soit de sirop de sucre, soit de glycérine. Ceci fait : on les monte entre deux lames de verre plongées dans ce liquide et on fixe le verre supérieur avec de la cire fondue. On les soumet alors, verticalement, à l'objectif de l'appareil photographique. Il convient, pour obtenir de belles épreuves, de les faire traverser par les rayons solaires reçus sur un miroir-plan d'abord, et condensés à l'aide d'un condensateur plan-convexe, suivant un dispositif spécial.

Les pièces du système nerveux, préparées par ces procédés, sont très nettement transparentes et se trouvent dans de très bonnes conditions photogéniques. Elles sont bien moins déformées que par les procédés habituels de dessèchement et de montage dans les baumes, et conservent en quelque sorte leur mollesse naturelle. — Ce procédé n'est applicable qu'à des préparations d'une certaine étendue qui ne dépasse pas, en général, 4 à 6 centimètres, en longueur ou en largeur. Des agrandissements de 2 à 4 diamètres suffisent, en général, pour voir les principaux détails.

Lorsque l'on veut avoir des reproductions photographiques à de plus forts grossissements, il faut forcément obtenir des conditions différentes de transparence.

Les coupes sont d'abord moins étendues en surface, et elles

doivent être éclairées et colorées avec des matières spéciales, sous peine de n'obtenir aucun résultat satisfaisant. C'est surtout lorsqu'il s'agit de la reproduction de groupes de cellules nerveuses, qu'il faut réunir des conditions toutes spéciales.

Pour faire les coupes minces, il est absolument indispensable d'avoir recours aux microtomes usuels mis en pratique dans les laboratoires. Je me sers habituellement d'un microtome spécial de mon invention (1), qui me permet, en fixant la pièce à couper sur un fond de bois, à l'aide du plâtre, d'obtenir des coupes d'une très grande étendue sans dilacération du tissu (2).

Les coupes étant faites méthodiquement, on les plonge dans une solution ammoniacale, suivie de la solution chlorhydrique ; et, ceci fait, on procède à la coloration. La matière colorante noire spéciale que j'emploie avec succès est connue, à Paris, sous le nom de noir Collin. Cette matière, dérivée de l'aniline, est absolument photogénique. Elle est très diffusible, plus diffusible que le carmin, et, bien plus, elle est plus durable que lui (3).

On fait une solution faible de cette substance dans l'eau 1/100, et suivant l'épaisseur de la pièce, suivant sa pénétrabilité propre, on la laisse s'imbiber lentement. C'est par tâtonnement que l'on arrive à reconnaître le moment opportun pour la retirer du bain colorant. Les pièces qui ont macéré pendant vingt-quatre heures dans une solution très faible, sont plus profondément colorées que celles qui sont rapidement immergées dans une solution plus concentrée. La coloration jugée convenable, la pièce doit être plongée dans l'alcool ordinaire, puis dans l'alcool absolu, et, après avoir été bien déshydratée, dans l'essence de térébenthine, et finalement, dans le baume de Canada, on la place entre deux verres sous une légère pression, et au bout de quelques

(1) Voir la planche explicative et la description de mon appareil à faire des coupes minces, dans le *Traité du microscope* de Ch. Robin, 1871, p. 246, J.-B. Baillière.

(2) J'ai pu obtenir ainsi des coupes fines verticales de la protubérance avec la bulbe, d'une très grande finesse, et mesurant en longueur six centimètres à l'état frais.

(3) Je conserve, en effet, des groupes de cellules qui, depuis douze ans, colorés par cette matière colorante, quoique ayant été à plusieurs reprises traversés par des rayons solaires, sont encore parfaitement intacts.

jours, lorsque le baume est desséché, on peut exposer la préparation sans inconvénient, soit aux rayons solaires, soit aux rayons électriques, pour la reproduction photographique.

2° MÉTHODE DU CLIVAGE.

La méthode du clivage, qui consiste à durcir la substance cérébrale, et à suivre les fibres blanches comme des fibres de bois suivent leur direction naturelle, est beaucoup plus simple.

Elle consiste à plonger les lobes cérébraux, préalablement dépouillés de leurs membranes, dans un bain de bichromate de potasse à saturation, pendant environ 15 à 20 jours. Au bout de ce temps, on les immerge dans un nouveau bain d'acide phénique à 10/100, pendant 4 à 5 jours, puis on les laisse plonger ensuite, soit dans un bain d'alcool ordinaire, ou mieux d'alcool méthylique, pendant une quinzaine. Au bout de ce temps, la matière cérébrale a acquis une dureté suffisante pour pouvoir supporter la dilacération méthodique de ses fibres. On commence régulièrement, avec le dos d'un scalpel, par faire une incision dans l'épaisseur de l'écorce, pour y surprendre à leur point d'émergence les fibres blanches qui s'y éparpillent. On presse légèrement, pour l'y entrer, comme un coin, et on écarte peu à peu les bords de la fente ainsi faite. On voit alors les fibres blanches qui se séparent doucement sous la pression, et, avec une certaine habitude, on peut les accompagner pendant une partie de leur trajet et les suivre jusqu'à leur point d'arrivée. C'est ainsi que j'ai pu suivre et disséquer en partie les fibres de la couronne rayonnante, isoler les fibres cortico-striées, et montrer leur concentration depuis les régions cervicales supérieures jusqu'à leur immersion dans les noyaux du corps strié et dans ceux des régions sous-thalamiques. Les pièces préparées par ce procédé peuvent être indéfiniment conservées dans l'alcool (1).

On peut encore les conserver comme pièces sèches.

Pour obtenir ce résultat, il convient d'avoir recours à une

(1) Ces préparations anatomiques ont été représentées sous les n°s XXII et XXIII dans le *Petit Atlas du système nerveux*.— Luys, 1888.

immersion prolongée dans un bain de chloral concentré. Au bout de 2 à 3 semaines de séjour dans un bain ainsi constitué, la pièce peut être exposée à l'air. Elle se sèche et se racornit légèrement. Il convient de la recouvrir d'un vernis protecteur pour l'empêcher de devenir pulvérulente.

3° MOMIFICATION DU CERVEAU.

La momification du cerveau est encore un moyen d'étude qui offre de grands avantages, soit pour l'examen morphologique des différents territoires de l'écorce, soit pour la conservation des pièces pathologiques (1).

Autrefois, je parle d'une trentaine d'années, les anatomistes employaient pour durcir et conserver les cerveaux une solution d'acide nitrique au 1/10. Ce procédé, qui a du bon en ce sens qu'il durcit profondément la masse cérébrale en la rendant imputrescible, a l'inconvénient de trop recroqueviller les cerveaux et de les réduire à des proportions exiguës.

Frappé de cet inconvénient, M. le Dr Variot, alors mon interne à la Salpêtrière, dès 1879, a inventé un procédé nouveau de durcissement du cerveau, qui a été mis journellement en usage dans mon laboratoire, et qui, bien employé jusqu'ici, a donné d'excellents résultats.

Il consiste dans l'emploi successif du bichromate de potasse, de l'acide phénique et de la glycérine.

Les lobes cérébraux ayant été dépouillés avec soin de leurs membranes, on les plonge immédiatement dans un bain à saturation de bichromate de potasse, pendant 15 à 20 jours. Cette solution a une force de pénétration considérable ; au bout de 24 heures, la masse cérébrale est déjà teintée dans toute son épaisseur, puis elle se gonfle peu à peu et devient turgescente. Au bout du temps indiqué précédemment, on peut retirer les lobes cérébraux, et, après les avoir légèrement passés dans l'eau, les plonger immédiatement dans une solution d'acide phénique 10/100. On les y laisse ainsi 2 ou 3 jours ; puis, au sortir de ce bain phéniqué, on les

(1) Voir l'*Encéphale*, 1881, page 82, Procédé pour la momification et la conservation des cerveaux à l'état sec, par J. Luys.

plonge dans un autre bain de glycérine, dans lequel on ne doit pas les laisser passer plus de 24 heures.

Ces opérations terminées, on les expose dans un courant d'air sec, en ayant soin de les placer verticalement et de les faire reposer sur un coussinet doux, pour éviter les déformations. La dessiccation s'opère lentement et suivant le degré de la température ambiante ; au bout de 15 à 20 jours, les cerveaux ainsi préparés sont bons à être vernis. — A ce moment-là, ils ont une coloration brunâtre, ils sont légèrement diminués de volume, mais le recroquevillement n'arrive pas au même degré que lorsqu'on a employé l'acide azotique. — Pour rendre les cerveaux, ainsi préparés, applicables aux études de la morphologie, il convient de colorer les différents territoires de l'écorce d'une teinte spéciale. L'œil ainsi guidé reconnaît immédiatement les rapports généraux des différentes régions corticales, ainsi que les dispositions insolites des différents plis, quand elles existent.

Pour la colorer, on peut employer soit les couleurs à l'huile habituelles délayées dans le vernis copal, soit des poudres métalliques bronzées de différentes teintes. Ces poudres métalliques doivent être projetées à l'aide d'un blaireau, d'une façon isolée, sur les différents plis de l'écorce, recouverts au préalable d'une matière agglutinative connue à Paris sous la dénomination de mixture des doreurs.

Ce procédé de momification des cerveaux a des avantages réels qui permettent de les conserver d'une façon commode dans les laboratoires. Néanmoins, il est nécessaire de les maintenir dans un endroit sec, à l'abri de l'humidité, et de les visiter de temps en temps, en les recouvrant d'un vernis protecteur, lorsque les matières colorantes tendent à s'écailler (1).

(1) Dans ces derniers temps, le Dr Gavoy, qui s'est occupé avec tant de persévérance de l'étude anatomique des centres nerveux, a préconisé un procédé très simple, qui donne d'excellents résultats pour la conservation des coupes minces cérébrales. Il place la pièce à conserver à l'état frais, dans un bain de gélatine liquéfiée, entre deux lames de verre. Une légère pression appliquée sur la surface des verres permet à l'excès de gélatine de s'écouler, et les deux bords du verre sont joints à l'aide d'une couche de cire. Les pièces préparées à l'aide de ce procédé paraissent aptes à se conserver d'une manière très satisfaisante.

REVUE DE MÉDECINE MENTALE

Par le Dr Ed. Toulouse,
Médecin-adjoint des Asiles de la Seine.

(*Suite*).

—

II

Toxicité des urines des aliénés.

MM. Mairet et Bosc (1) ont récemment entrepris des recherches sur la toxicité de l'urine des aliénés.

On sait que cette question est aujourd'hui à l'ordre du jour ; elle intéresse à la fois l'étiologie et le traitement de certaines formes de maladies mentales. Elle est donc des plus intéressantes.

M. Bouchard (2), par ses beaux travaux sur la toxicité des urines, a ouvert à la médecine expérimentale une voie originale. La médecine mentale a ressenti le contre-coup de cette impulsion nouvelle.

Une thèse (3), parue il y a deux ans, donne un aperçu assez complet des recherches de ce genre, tentées dans ces dernières années en psychiatrie ; elle peut être consultée avec fruit par les personnes qui s'intéressent à cette question spéciale.

MM. Mairet et Bosc ont choisi pour leurs expériences le lapin et le chien, ce dernier surtout à cause de son système nerveux très développé. Après avoir recueilli l'urine de vingt-quatre heures d'un aliéné, ils en ont injecté des quantités variables, par la voie intra-veineuse, et chez plusieurs animaux à la fois, afin d'avoir une moyenne de résultats. Ils font remarquer que, même dans les cas où il leur a été impossible d'obtenir toute l'urine excrétée dans une journée, la quantité totale ne leur a pas paru être inférieure à la moyenne normale, ce qui écarte l'hypothèse que l'urine expérimentée ait pu, étant plus condensée, avoir un pouvoir plus toxique.

Les expérimentateurs ont pris des aliénés appartenant à

(1) Mairet et Bosc. Recherches expérimentales sur la toxicité de l'urine des aliénés, in *Arch. de physiol.*, janvier 1892.

(2) Bouchard. *Auto-intoxications dans les maladies.*

(3) Chevalier-Lavaure. *Les auto-intoxications dans les maladies mentales*, Th. de Bordeaux, 1890.

tous les genres de l'aliénation mentale. A ce propos, nous ferons remarquer que la division qu'ils ont adoptée est passible de quelques critiques. Ainsi, ils distinguent la stupeur en simple et lypémaniaque. Tout le monde connaît la stupeur des mélancoliques ; mais il est à craindre qu'on trouve cette expression de stupeur simple comme un peu vague et contenant des cas cliniques divers.

Dans toutes leurs expérimentations, MM. Mairet et Bosc ont d'abord déterminé le degré quantitatif de la toxicité urinaire, spécial à chaque forme vésanique. Ce degré est représenté par la quantité de centimètres cubes d'urine nécessaire pour tuer l'animal injecté, toujours proportionnellement au poids de cet animal. Pour causer la mort d'un lapin ou d'un chien, il faut lui injecter environ 45 centimètres cubes (Bouchard) d'urine normale pour chaque kilogramme de son poids ; MM. Mairet et Bosc admettent un chiffre plus élevé, 100 centimètres cubes d'urine normale par kilo d'animal. Ils ont donc recherché tout d'abord s'il fallait plus ou moins d'urine d'aliéné pour tuer le sujet en expérience, qu'en opérant avec le même liquide pris chez une personne en bonne santé, et ils sont arrivés aux résultats suivants.

Le degré de la toxicité urinaire serait élevé dans toutes les formes de folie, sauf chez les déments séniles. Les stupides lypémaniaques, les mélancoliques, les maniaques agités sécréteraient l'urine la plus toxique ; après eux viendraient les stupides simples, les persécutés et les maniaques non excités.

Il semble donc que plus la forme vésanique est intense, c'est-à-dire plus les maniaques présentent de l'agitation, plus les stupides lypémaniaques sont abattus et prostrés, plus les mélancoliques ont un délire actif — plus l'urine, chez tous, est toxique.

L'intoxication générale de l'organisme, dont la toxicité urinaire ne serait qu'un symptôme, se traduirait par des troubles bruyants, psychiques et physiques. Les déments séniles, chez lesquels domine l'affaiblissement des facultés mentales et de toutes les autres fonctions physiologiques, auraient, au contraire, une urine peu toxique.

Cependant, MM. Mairet et Bosc ont constaté que, parfois, l'intensité des symptômes diminue, le malade entre en convalescence, et cependant la toxicité urinaire reste élevée. Il faudrait admettre, alors, que celle-ci est liée, dans ces cas, à une autre cause qu'à l'intensité seule de la forme vésanique.

Les expérimentateurs ont ensuite essayé de déterminer les

qualités toxiques des urines, dans les différentes formes d'aliénation mentale. On sait que l'urine normale injectée sur un animal détermine, chez celui-ci, un ensemble de symptômes d'intoxication. MM. Mairet et Bosc ont remarqué que l'urine des vésaniques provoquait des phénomènes qui, dans certains cas, étaient les mêmes que ceux provoqués par une urine normale, plus ou moins exagérés seulement, et dans d'autres cas paraissaient nouveaux.

L'urine des persécutés et de certains maniaques occasionne des symptômes d'intoxication banale, tandis que celle des stupides lypémaniaques, de quelques maniaques et des mélancoliques produisent un tableau symptomatique nouveau. Ainsi, dans ce dernier groupe, les expérimentateurs ont remarqué que l'urine de quelques maniaques produit chez l'animal une hyperexcitabilité extrême, et surtout une convulsibilité telle que, dès qu'on touche l'animal, celui-ci a des secousses dans tous les membres.

L'urine des lypémaniaques stupides provoque un état d'inquiétude et d'apeurement assez net ; on peut donner à l'animal une attitude difficile et la lui faire conserver ; si on le frappe, il ne bouge pas; si on le pousse plus violemment, il se dérange à peine et retombe dans sa prostration. Il est à remarquer que, dans ce dernier cas surtout, le tableau symptomatique de l'animal intoxiqué rappelle celui de l'aliéné qui a fourni l'urine.

Comme conclusion, MM. Mairet et Bosc font remarquer que lorsque les symptômes d'intoxication sont banals, le degré de toxicité urinaire est en rapport avec l'intensité de la forme vésanique, avec l'agitation chez les maniaques, ou la dépression chez les mélancoliques ; et que lorsque, au contraire, il existe des symptômes nouveaux, le degré de toxicité est lié au fonds même de la vésanie et ne varie pas avec son plus ou moins d'intensité.

Cliniquement, le premier groupe de malades, ayant la même étiologie que les névroses, formerait une classe de vésanies-névroses ; tandis que le second constituerait une autre classe, celle de *folies par troubles de la nutrition*.

Quoi qu'il en soit de cette division, il nous paraît ressortir de ces expériences un argument de plus, tendant à prouver que certaines formes de manie aiguë et de mélancolie sont bien des maladies générales, où les troubles de la nutrition déterminent des phénomènes d'intoxication, auxquels sont dus les symptômes que présentent les malades. L'élévation

de la toxicité des urines serait la marque objective de ce vice nutritif profond. Les troubles mentaux de ces malades, hallucinations et délire, l'excitation des maniaques et la dépression des mélancoliques ne seraient que des symptômes bruyants, mais pas plus importants que les autres portant sur les autres fonctions de l'économie. Jusqu'à présent, on a eu trop de tendance à ne voir que les premiers, qui, par leur caractère intellectuel, paraissaient toute la maladie, alors qu'ils n'en sont qu'un des éléments.

A quoi est due cette perturbation des phénomènes nutritifs ? Il serait téméraire aujourd'hui d'en conjecturer les causes. Mais, malgré cette absence de la notion étiologique première, on peut tout au moins essayer de traiter ces maladies, en combattant les phénomènes d'auto-intoxication, qui semblent dominer leurs symptômes. L'antisepsie générale et intestinale, les diurétiques, tout ce qui peut amener la destruction des substances toxiques ou faciliter leur élimination, doivent être employés.

Déjà cette thérapeutique a donné des résultats favorables dans le traitement des cas de mélancolie avec troubles gastriques et refus d'alimentation. Le lavage de l'estomac, en amenant l'antisepsie de cet organe, qui est un des principaux laboratoires des poisons organiques, a déterminé parfois la disparition de la sitiophobie, et même de l'état mélancolique, qui n'était là que le symptôme psychique d'une perturbation générale profonde des actes nutritifs.

III

Les colonies d'aliénés.

La Préfecture de la Seine va proposer au Conseil général l'application du système colonial dans le traitement des aliénés. Le premier essai aurait lieu dans le Cher, où l'on placerait dans les familles d'agriculteurs des malades inoffensifs et ne réclamant pas un traitement spécial.

Ce système est déjà employé à l'étranger, notamment en Ecosse et en Belgique. Dans ce dernier Etat, il existe une très ancienne colonie de fous, dont l'origine remonterait, d'après la légende, au XIV^e^ siècle, mais dont l'organisation, conçue par Esquirol, ne daterait guère que de l'année 1851. Elle est située dans le village de Gheel, où 1600 aliénés vivent, dans une curieuse promiscuité, avec les habitants.

M. Falret (1) en a donné jadis une intéressante description, dans laquelle il fait ressortir les avantages et les inconvénients de ce système d'assistance. Il explique tout d'abord que la population de Gheel, familiarisée depuis longtemps avec les malades, a acquis une sorte d'éducation spéciale. Les aliénés sont placés chez les habitants, dont ils partagent le bien-être. Ils couchent à côté d'eux, mangent à leur table, vivent enfin de leur vie. Il est certain que, sous le rapport du confort matériel, ils ne peuvent pas trouver les commodités que l'asile le plus pauvre offre à ses pensionnaires. La nourriture est parfois trop grossière ou mal appropriée aux malades, qui ont presque tous besoin d'un régime spécial. Les malades sont occupés à des labeurs divers, tantôt employés à des travaux agricoles, tantôt s'occupant dans la maison aux diverses besognes du ménage ; tantôt, enfin, ils ne font rien et restent oisifs. Les évasions sont relativement assez rares, car les habitants connaissent les malades et les surveillent, exerçant ainsi à leur égard le rôle de gardiens. Ajoutons encore que les attentats à la vie des personnes et les tentatives de suicide ne sont pas si fréquentes qu'on le penserait.

Le docteur Hack Tucke (2) a fait, dans ces derniers temps, une visite à cette colonie et a rapporté une étude critique très documentée. Pour ce médecin, les avantages de ce système seraient surtout de nature économique, quoique certains aliénés pourraient en retirer aussi une certaine amélioration de leur bien-être. Cependant, il croit qu'il faut aller prudemment dans l'extension de cette forme particulière d'assistance, et ne pas menacer la sécurité des habitants par l'admission, dans ces colonies, d'aliénés susceptibles de devenir dangereux,

Ce qui différencie, en effet, l'asile libre de Gheel des institutions analogues existant dans d'autres pays, c'est que, dans le premier, on n'est pas très sévère pour le choix des malades, qui appartiennent à toutes les formes de l'aliénation mentale. En Ecosse, par exemple, où le même système existe, on ne place guère dans les familles que les déments chroniques.

La Préfecture de la Seine paraît avoir l'intention de n'admettre, dans sa colonie, que des malades non dangereux.

Il est difficile de se prononcer à l'avance sur les résultats que va donner l'établissement de notre colonie du Cher. Le système a des enthousiastes et des détracteurs, aussi ardents les uns que les autres.

(1) Extrait des *Gazettes des hôpitaux*, 8 mars 1892.
(2) Hack Tucke. *The Journ. of mental Sc.*, janv. 1886.

Les partisans de cette institution font valoir d'abord l'économie de cette assistance publique. Il est certain que les dépenses ne sont jamais aussi grandes que celles nécessitées par la création de grands asiles publics. Mais ce n'est là qu'un argument secondaire, qui n'a qu'une valeur relative; car ce qui doit tout primer, en cette matière, c'est le bien-être des malades.

D'abord, on ne peut songer à mettre, dans ces colonies, les mélancoliques intenses, à idées de suicide, les persécutés toujours plus ou moins dangereux, les maniaques en état de crise. Il reste, en somme, les déments séniles, les malades à lésions circonscrites du cerveau, quelques convalescents alcooliques, des débiles, certains paralytiques généraux.

Le principal avantage des colonies d'aliénés est, dit-on, cette liberté, plus ou moins complète, que l'on donne aux malades. Il est certain que ces derniers, vivant de l'existence de leurs hôtes, peuvent trouver là une certaine satisfaction morale. Mais encore faut-il qu'ils soient aptes à la goûter. Or, ce ne sont pas justement ces chroniques et ces inoffensifs, des déments, des paralytiques, des débiles, tous plus ou moins inconscients de leur situation, qui apprécieront la liberté qu'on leur accordera. Ils y seront à peu près insensibles. Ceux qui seraient surtout capables d'en jouir sont des persécutés ou des dégénérés; mais aussi il serait dangereux de les en faire bénéficier.

Les arguments contraires ne manquent pas. Tout d'abord, on ne peut espérer obtenir d'un paysan les soins matériels qu'est capable de donner à des aliénés le personnel expérimenté d'un asile.

Les malades perdront certainement au change, à ce point de vue. En outre, les lits ne seront pas aussi confortables, l'alimentation laissera parfois à désirer. Le chauffage, en hiver, sera rudimentaire ou vicieux, toutes les conditions hygiéniques de la vie journalière seront, enfin, plus ou moins défectueuses. Mais, de plus, chaque aliéné réclamant des soins plus ou moins spéciaux, un régime hygiénique particulier, il est peu probable qu'un paysan même conseillé par le médecin de la colonie, puisse les lui assurer. Il faut avoir une longue habitude des malades pour surveiller seulement l'alimentation d'un dément ou pour entretenir la propreté d'un paralytique.

Et encore, il faut admettre que le logeur sera assez honnête ou assez surveillé par l'administration pour ne pas maltrai-

ter le malade, abuser de son travail, s'amuser de son délire. Enfin, pour les aliénées, il existe un danger de plus. Étant donné leur liberté, elles courent des dangers d'une nature spéciale, si elles sont jeunes surtout. Les grossesses de malades ne sont pas très rares à Gheel.

En somme, l'asile paraît valoir mieux, au point de vue du confortable. De plus, la discipline qui y règne est, de l'avis de la plupart des aliénistes, une hygiène excellente pour l'état mental des malades, qui peuvent ainsi mener une existence plus étroitement adaptée à leur santé. Quant aux avantages de la campagne, du grand air, des promenades, les asiles actuels, surtout ceux de province, les possèdent suffisamment aujourd'hui.

Ce qui paraît mieux valoir que ce système d'assistance à domicile, c'est l'institution des *cottages* (1), tels qu'ils existent en Amérique.

Autour de l'asile, on construit des habitations où peuvent loger une cinquantaine d'aliénés choisis. Ces divisions annexes jouissent d'une certaine liberté ; elles sont surveillées par un des employés de l'asile. Les hommes sont occupés à des travaux agricoles ; les femmes font de la couture, de la cuisine. La vie que mènent ces malades se rapproche plus de la vie de famille. D'autre part, le voisinage de l'asile permet une surveillance médicale étroite et la rentrée facile des aliénés qui ne peuvent plus rester dans le cottage. La ferme est annexée à l'asile, mais elle n'en est pas séparée. Il y a ainsi un perpétuel mouvement entre les deux établissements.

Ajoutons que ces cottages ont déjà donné d'heureux résultats. Il semble que ce soit là un excellent moyen d'assistance des aliénés, car il tient le milieu entre l'asile et la colonie et bénéficie des deux systèmes sans souffrir des inconvénients d'aucun.

IV

La mort subite dans les familles de névropathiques.

M. Cullere (2) publie un travail des plus curieux, tendant à établir que la mort subite serait un stigmate de dégénéres-

(1) B. Burr. L'assistance et l'hospitalisation des aliénés dans l'Etat de Michigan, in *Ann. méd.-psychol.*, mars 1889.

(2) Cullere. De la mort subite dans ses rapports avec l'hérédité névropathique, in *Ann. méd.-psychol.*, janv.-fév. 1892.

cence, et s'observerait fréquemment dans les familles chargées d'une tare névropathique.

Il donne dix-huit observations, dans lesquelles une personne, sans maladie antérieure connue, meurt subitement, alors que rien ne peut expliquer ce brusque accident. Dans ces dix-huit cas, on retrouve chez les ascendants ou les descendants des maladies mentales ou nerveuses, dont la fréquence parfois indique bien une dégénérescence familiale accusée.

M. Cullere divise ces faits en trois groupes :

Dans le premier sont rangés les cas de mort subite, observés chez des familles où l'on constate de l'hérédité vésanique.

Un des plus curieux est celui-ci : Un homme, mort subitement à trente-trois ans, dans une foire, a trois sœurs, dont l'une est hystérique et aliénée, une autre atteinte d'une démence précoce et la troisième présente une folie à double forme ; enfin, un frère est seulement de caractère bizarre.

Dans la famille M..., la mère est un jour trouvée morte dans son appartement. Ses trois filles devinrent aliénées, et toutes trois atteintes de mélancolie ; la troisième s'est même suicidée au cours d'un accès.

Un deuxième ordre de faits comprend deux familles seulement, où la mort subite et la paralysie générale sont associées.

Ainsi, les enfants B... sont au nombre de trois ; deux sont alcooliques et paralytiques généraux ; le dernier meurt subitement à quarante ans.

Le troisième groupe d'observations contient des faits dans lesquels l'épilepsie a été constatée dans des familles où s'étaient produits des cas de mort subite. La famille G... se compose de quatre fils et filles. Le premier meurt subitement à soixante-sept ans ; dans sa descendance on trouve un épileptique. Le second a deux filles épileptiques. Le troisième est sain. Le quatrième a cinq enfants, dont un est frappé de mort subite à trente ans. Enfin, un cousin germain est épileptique.

Dans la famille C..., où s'est produit un cas de mort subite, on a relevé, outre une aliénée, huit épileptiques dans trois générations.

Comme le fait remarquer M. Cullere, les observations de ce genre, publiées, sont assez rares. Une des plus curieuses est

celle de M. Doutrebente (1), concernant une famille d'aliénés, dans laquelle trois sujets de la même génération ont été atteints de mort subite, à seize, dix-huit et quinze ans.

Il paraît légitime d'admettre qu'il y a, dans tous ces faits, un rapport entre la tare névropathique et la mort subite, observées toutes les deux simultanément dans la même famille. D'autant que la moitié des gens morts ainsi soudainement ont succombé dans un âge très jeune. Mais quelle est la nature de cette mort subite ? Quelle est sa cause prochaine ?

M. Cullere incline à croire qu'il s'agit là d'un accident épileptoïde, d'une sorte d'*apoplexie nerveuse*, dont la signification n'est pas très précise.

Quoi qu'il en soit, ces faits sont des plus intéressants et doivent attirer l'attention des médecins, qui sont assez souvent appelés à constater des décès subits. La lacune, qu'il faudrait surtout combler en cette question fort obscure, est la base anatomo-pathologique de la mort. Il est, en effet, regrettable que M. Cullere n'ait pu faire aucune autopsie des personnes dont il relate l'intéressante observation.

(1) Doutrebente. Etude généalogique sur les aliénés héréditaires, in *Ann. méd.-psychol.*, 5e série, t. II.

TUMEURS DES TUBERCULES QUADRIJUMEAUX [1]

M. Nothnagel a fait une conférence sur ce sujet en se basant sur le fait suivant. L'été dernier, il reçut dans son service un garçon de quinze ans qui, trois mois auparavant, fit une chute d'un arbre et perdit connaissance. Le malade ne vomit pas, il garda quelque temps le lit, mais se rétablit vite. C'est seulement quelque temps après qu'il présenta les premiers symptômes de sa maladie ; la démarche devint vacillante, en zig-zag, il tombait souvent à terre. En hiver 1886-1887, apparurent des maux de tête, des douleurs dans les yeux, des malaises et des vomissements, enfin tous les symptômes d'augmentation de la pression intra-crânienne, tels qu'on les observe dans les cas de tumeurs du cerveau avec hydrocéphalie ; plus tard on nota une congestion de la pupille, puis une atrophie du nerf optique avec amaurose complète, vertiges, surdité, perte de connaissance, etc. Pas de symptômes de foyer, pas de troubles moteurs ou sensitifs. Les deux symptômes fondamentaux pour le diagnostic, étaient l'ataxie et l'immobilité des bulbes oculaires. La mobilité des bulbes étaient surtout limitée en haut et à gauche ; ce trouble était plus prononcé à gauche qu'à droite. La réaction des pupilles était faible. M. Nothnagel posa le diagnostic de tumeur des tubercules quadrijumeaux avec hydrocéphalie consécutive ; ce diagnostic fut pleinement confirmé par l'autopsie.

C'était là le second cas de ce genre observé par M. Nothnagel. Dans le premier cas il avait également fait le diagnostic. Ces tumeurs sont si rares que Bernhardt n'a pu en recueillir dans toute la littérature médicale, jusqu'en 1881, que 10 cas ; depuis, M. Nothnagel en a observé 3.

M. Nothnagel attache la plus grande importance, pour le diagnostic des tumeurs des tubercules quadrijumeaux, à deux symptômes. Le premier est l'ataxie, déjà mentionnée. Ce symptôme se trouve dans presque tous les cas publiés et, ce qui est important, il est le premier en date. Dans ses trois cas, qui tous sont survenus à la suite d'un traumatisme, l'ataxie a été le premier symptôme. Cet accident ne peut pas être mis sur le compte de l'hydrocéphalie, car celle-ci ne survient que longtemps après l'apparition des troubles locomoteurs.

(1) *Semaine médicale*, janvier 1889.
Voir l'excellent travail fait sur ce sujet par le Dr Ch. Ruel, médecin adjoint à l'hôpital cantonal. (Physiologie et Pathologie des tubercules quadrijumeaux). Genève, 1890.

On pourrait attribuer ces troubles à l'action de la tumeur sur le cervelet, mais il y a des cas où le cervelet est parfaitement sain et où, néanmoins, l'ataxie existe. Ces troubles de la marche paraissent dépendre surtout d'une lésion des tubercules postérieurs, car il y a des cas — et Gowers en a décrit un — où les tubercules antérieurs étaient lésés et où il n'y avait pas d'ataxie.

L'ataxie, dans les cas de tumeurs des tubercules quadrijumeaux, présente tous les caractères de l'ataxie cérébrale, c'est l'ataxie d'ivresse ; seul l'équilibre pendant la marche est troublé ; les mouvements des extrémités supérieures sont libres. Ce n'est pourtant pas un symptôme pathognomonique, parce qu'il s'observe également dans d'autres cas de tumeurs cérébrales.

La cécité n'a rien à faire directement avec la lésion des tubercules quadrijumeaux, elle est la suite de l'atrophie du nerf optique. Les tubercules postérieurs peuvent être détruits sans qu'il y ait une affection du sens visuel. Kohts en a observé un exemple.

Le second signe important pour le diagnostic des tumeurs des tubercules quadrijumeaux est la paralysie des nerfs oculaires.

La distribution de la paralysie est inégale sur les deux yeux, elle atteint les différents rameaux nerveux d'une façon inégale.

Ce symptôme a été noté dans tous les cas de M. Nothnagel. Lorsqu'il existe seul, on peut penser à une affection nucléaire, mais lorsqu'il est associé à l'ataxie, on peut diagnostiquer, avec une grande probabilité, une tumeur dans les tubercules quadrijumeaux. Ce n'est que plus tard que se montrent les symptômes de l'hydrocéphalie. Lorsqu'on observe de l'hémianopsie et de l'hémianesthésie, on peut expliquer ces symptômes par la pression qu'exerce la tumeur sur les pédoncules cérébraux, etc.

« Les observations de tumeurs des tubercules quadrijumeaux sont effectivement très rarement observées d'une façon complète, et on ne saurait trop bien accueillir celles qui sont recueillies et surtout qui ont été diagnostiquées.

Ces cas nous paraissent d'une grande difficulté de diagnostic, car pour peu qu'on se représente, par l'esprit, la complexité des éléments nerveux qui existent dans ces régions de la base de l'encéphale, on ne peut être que surpris de voir des cas

dans lesquels la localisation puisse se faire avec la précision que nous offre l'auteur de cette observation.

Je regrette, pour ma part, la parcimonie des documents anatomiques fournis par le rédacteur de la note.

Mais néanmoins je crois pouvoir faire quelques réserves au sujet de l'appréciation des symptômes et de leur localisation aux régions anatomiques indiquées.

Le symptôme *ataxie cérébrale* de forme *ébrieuse* signalée par l'auteur, me paraît, en effet, contrairement à ce qu'il dit, être l'expression très nette d'un trouble du fonctionnement du cervelet.— C'est l'innervation cérébelleuse qui est troublée ici,et cela pour moi comme pour quiconque a son anatomie de la base de l'encéphale bien présent à l'esprit ne fait aucun doute.

Il y a déjà près de 28 ans que, dans mes premières Recherches sur l'anatomie du système nerveux, j'ai démontré à l'aide de dissections fines, et d'un grand nombre d'observations que l'innervation du cervelet ne s'arrête pas dans l'appareil central proprement dit, mais qu'elle était projetée comme un courant électrique, à l'aide des pédoncules cérébelleux supérieurs jusque dans les corps striés, en passant sous les tubercules quadrijumeaux, et que ces courants nerveux centrifuges portent avec eux l'innervation centrale comme les capillaires portent le sang irradié du cœur. C'est donc l'action même du cervelet qui se retrouve sous-jacente d'une façon diffuse aux lésions des tubercules quadrijumeaux.Et cela est si réel, qu'on trouve dans l'observation tous les signes proprement dits des lésions du cervelet : — céphalalgie, vomissements, troubles de la vue, chutes subites et fréquentes.

On n'indique pas la nature ni le volume de la tumeur ; il est donc vraisemblabe qu'elle comprimait les points d'origine du moteur commun et que c'est à cette compression directe qu'il faut imputer l'immobilité des globes oculaires.

Cette question de la diffusion des courants cérébelleux qui n'est pas encore entrée dans l'esprit des neuro-pathologistes de notre époque, est un point que j'ai mis en saillie déjà depuis longtemps, et je ne saurais engager trop les cliniciens qui tiennent à se rendre compte de ce qu'ils voient, à avoir présentes à l'esprit ces données nouvelles que j'ai édifiées sur l'anatomie des pédoncules cérébelleux supérieurs, moyens et inférieurs et qui donneront au diagnostic des maladies de l'encéphale, quand on voudra bien s'appuyer sur ces données nouvelles, un point d'appui anatomique et physiologique d'une portée réellement incontestable. » J. Luys.

HYPNOLOGIE

Les localisations cérébrales étudiées dans un cas d'hypnotisme, par le docteur RAINALDI. (In *Il Morgagni*, n° 7.) (1). — C'est un ouvrage plein d'intérêt que celui de notre savant confrère ; c'est un chapitre nouveau de pathologie nerveuse où la saine observation accompagne une grande doctrine.

Il s'agit d'une hystéro-épileptique sur laquelle l'auteur a pratiqué des expériences, durant la léthargie hypnotique, en pratiquant la percussion crânienne au niveau des diverses zones corticales. Le docteur Rainaldi parvint ainsi à provoquer des altérations du langage, des troubles dans la motilité et dans la sensibilité générale et spéciale, confirmant de cette façon les faits scientifiques actuellement connus.

L'auteur en conclut (ce qui nous semble un peu risqué) que l'on obtient, avec la percussion expérimentale, les mêmes effets que ceux produits par des lésions véritables des mêmes centres. Il y a cependant une différence que tout clinicien trouvera aussitôt, c'est le sujet prédisposé qui s'est prêté à ces expériences et qui ne peut être comparé à un malade accidentellement frappé, mais réellement lésé. Malgré cela, les observations du docteur Rainaldi ont une valeur par leur nouveauté originale ; elles nous ont encore permis de relever la constatation expérimentale dans la partie antérieure des lobes frontaux de toute une série de centres spéciaux, inhibitoires, pour la langue, la tête, les articulations et les muscles de l'abdomen (2).

Note sur un cas d'hémorrhagies auriculaires, oculaires et palmaires, provoquées par suggestion. (ARTIGALAS ET RÉMOND : *Revue de l'hypnotisme*, février 1892, p. 250.) — Une jeune femme eut, à 16 ans, des épistaxis quotidiennes à la suite de contrariétés ; à 21 ans, crise d'hystérie, suivie, deux jours plus tard, d'un vomissement de sang. Entrée à l'hôpital pour des abcès vulvo-vaginaux, elle eut un jour une hémorrhagie par l'oreille gauche, qui contenait quelques papillomes. Quelques jours après (23 novembre), de l'œil gauche, elle pleure du sang qu'elle arrête en se lavant à l'eau phéniquée ; cela se répète les 24, 25 et 26, et alors, on

(1) *Union médicale*, 26 avril 1892.

(2) J'ai déjà publié dans cet ordre d'idées des expériences de psychologie expérimentales, dans lesquelles je démontrais qu'en mettant chez un sujet en léthargie ; alternativement le lobe gauche et le lobe droit, on pouvait isolément rendre le sujet aphasique à gauche et à droite et solliciter à volonté l'action isolée et de tel ou tel lobe cérébral. — LUYS.

constate des stigmates d'hystérie (hémianesthésie droite, points hystérogènes, diminution de la sensibilité pharyngée). Malgré la suggestion hypnotique, le saignement ne put être arrêté les 28, 29 et 30. Au contraire, il suffisait d'annoncer à l'état de veille la reprise de la dacryorrhée dans tant de minutes pour qu'elle se reproduisît. Alors, on suggère que l'écoulement sanglant se fera par la main, et se tarira aux yeux : on voit la paume de la main gauche *suer* du sang, puis tout s'arrête à une suggestion de guérison (1).

H. Bidon (de Marseille).

Contracture des deux mains guérie par la suggestion, par M. Block. — Une femme de vingt-sept ans se réveille un matin avec une contracture complète des deux mains, dont tous les doigts sont repliés dans la paume en flexion forcée, au point que les ongles impriment dans la peau un sillon douloureux. Le pouce, également contracturé, s'interpose entre l'index et le médius ; les mouvements d'extension sont impossibles spontanément : l'extension forcée, qui exige les plus grands efforts, est douloureuse et incomplète.

La malade ne présente aucun trouble de la sensibilité, aucune plaque anesthésique ; réflexes normaux ; aucun trouble psychique ; aucun antécédent héréditaire ; personnellement, la malade n'a eu ni attaques de nerfs, ni boule laryngée, ni troubles gastriques ou ovaro-utérins ; toutefois, il y a trois ans, elle a éprouvé une contracture du même genre, qui ne dura que quelques heures. En somme, pas de stigmates hystériques évidents ; on pense à une contracture de nature « psychique » qui paraît tout aussi bien indiquer la suggestion comme mode thérapeutique.

La malade est endormie, en moins de cinq minutes, par la fixation du doigt placé à hauteur du front ; l'état cataleptique se produit. On lui ordonne d'ouvrir la main droite, elle y parvient avec effort ; on lui suggère que cette main sera guérie le soir et on lui ordonne de revenir le lendemain. Elle est réveillée par simple insufflation sur les yeux et aussitôt la main se referme et se contracture comme auparavant.

Le lendemain, la contracture de la main droite a cessé ; mais la main gauche, toujours contracturée, présente un gonflement des articulations métacarpio-phalangiennes, ressemblant à du rhumatisme. Il est procédé comme la veille et la

(1) *Revue internationale de Bibliographie*, 10 avril 1892.

malade revient le lendemain complètement guérie, la main désenflée et les doigts libres. (*Clinique de Bruxelles*, 6 déc. 1888.)

Hémiplégie hystérique — Vaginisme, traités et guéris par la suggestion.

Une de mes clientes, madame M..., âgée de 22 ans, me faisait appeler le 8 mars, dans la matinée, s'étant trouvée, à son réveil, complètement paralysée du côté gauche. La jambe et le bras, ne pouvant exécuter aucune espèce de mouvement, retombaient, quand on les soulevait, comme une masse inerte; il y avait anesthésie de toutes ces régions ; la plante du pied gauche chatouillée avec le doigt, ne déterminait aucune réaction. Il existait, également à gauche, une paralysie faciale des plus marquées. En résumé, l'hémiplégie absolument classique.

Madame M..., dont je suis devenu le médecin il y a deux ans, à l'époque de son mariage, m'avait consulté à plusieurs reprises pour divers symptômes hystériques caractérisés surtout par un état de surexcitation sensitive, accompagnée d'une émotivité extrême. Elle était sujette à de grandes crises nerveuses, se renouvelant au début au moins une fois chaque mois et qui, dans ces derniers temps, se manifestaient sous l'influence de la moindre contrariété.

Des troubles organiques étaient venus compliquer cette situation ; entre autres une gastralgie, rebelle à tout traitement. De plus, malgré mes conseils et ceux de la famille, madame M... abusait du café qui contribuait à surexciter l'état d'éréthisme nerveux dans lequel elle était constamment plongée.

Je dois avouer, d'ailleurs, que la thérapeutique usitée en pareil cas ne m'avait donné aucun résultat satisfaisant.

Donc, le 8 mars, dans la matinée, j'étais mandé en toute hâte auprès de ma cliente qui présentait tous les symptômes que j'ai précédemment énumérés. Après avoir prescrit le repos au lit, le plus grand calme et un lavement purgatif, je quittai la malade que j'ai revue le lendemain. Les jours suivants, je la soumis aux Bromures (potassium, sodium, ammonium), et ordonnai quelques frictions à l'alcool camphré du membre atteint.

Le 4e jour, ayant voulu, sur les instances de la famille, tenter une séance d'électrisation, madame M... tomba dans une violente crise de nerfs, au cours de laquelle, faisant appel à

l'excellent enseignement dont j'avais bénéficié à la clinique de mon éminent maître, M. le Dr Luys, l'idée me vint d'avoir recours à la suggestion. En moins d'une minute, et par la simple occlusion des paupières, mon sujet étant plongé dans le sommeil hypnotique (les membres étaient tous en résolution, et l'anesthésie totale), je lui donnai, bien qu'il se trouvât seulement en période léthargique, la suggestion de quitter son lit le lendemain matin, à 10 heures, de marcher de sa jambe paralysée aussi bien que de l'autre, puis de saisir de sa main gauche un verre et de le porter à sa bouche.

Le lendemain, en effet, à 10 heures très précises, madame M..., interrompant brusquement la conversation que nous avions ensemble, se levait et exécutait ponctuellement la suggestion que je lui avais donnée la veille. Elle avait récupéré d'une façon parfaite, au double point de vue de la motilité et de la sensibilité, l'usage de son membre gauche, et elle s'en sert actuellement comme s'il n'avait jamais été malade.

Par les séances suivantes, et par le même procédé, je l'ai successivement débarrassée de ses accidents gastralgiques et de ses crises d'hystérie. Aujourd'hui : plus de douleurs stomacales, plus d'attaques nerveuses, appétit et digestion parfaites. J'ai même déterminé chez elle une horreur telle du café que la vue seule de ce breuvage ne lui inspire plus qu'un profond dégoût. En outre, madame M... était atteinte de vaginisme. Lors de son mariage, les rapprochements sexuels furent atrocement pénibles, et chaque tentative de coït était le point de départ de douleurs si vives que le mari, homme d'une convenance parfaite et aimant profondément sa femme, n'avait jamais voulu ni pu (j'en ai acquis la certitude), accomplir dignement ses désirs d'époux. Il m'avait toujours été impossible à moi-même, malgré un traitement préparatoire approprié (émollients, belladone, etc.), d'introduire dans le vagin mon doigt qui, à peine entré, se trouvait immédiatement retenu par une constriction énergique, suivie d'une vive souffrance. Grâce au même traitement, il m'est facile maintenant de faire pénétrer jusqu'au bout l'index dans le vagin ; cela sans déterminer la moindre résistance de la part de la malade qui pourra espérer désormais une grossesse dont elle se fût certainement trouvée auparavant complètement incapable.

Dr Barbaud.

BULLETIN MENSUEL

DE LA

CLINIQUE HYPNOTHÉRAPIQUE DE LA CHARITÉ

Avril 1892

SALLE ANDRAL (femmes).

Malades anciennes.

Andrée L., 20 ans, couturière. *Hémiplégie gauche consécutive à une attaque hystérique. Hémianesthésie.*

Cette malade, traitée par le transfert, va beaucoup mieux. Elle a quitté le service et vient à la consultation externe.

Angèle D., domestique, 37 ans. *Névralgie du plexus brachial, hystérie.*

L'état de cette malade s'est considérablement amélioré le mois dernier.

Madeleine P.. *Epilepsie.*

L'état reste stationnaire.

Eugénie B., 19 ans, couturière. *Nœvus de la face traité par suggestion.*

La décoloration de la peau du pavillon de l'oreille s'accentue lentement, les îlots blancs de la joue sont plus accentués, les progrès se font d'une façon très lente.

Malades nouvelles.

Noémie S. (n° 8), 35 ans, caissière. *Hémiplégie droite.*

Père bien portant, mère a déjà eu deux attaques d'hémiplégie qui ont duré très peu de temps.

La malade a toujours été très bien portante jusqu'au mois de janvier dernier. Vers le 11 janvier malaise subit, anorexie, la malade se couche.

Le 14 janvier, dans la nuit, perte subite de la parole. Cette aphasie dura huit jours. En même temps, hémiplégie droite complète.

Depuis cette époque traitée sans résultat.

Entrée dans le service le 28 avril. On commence le traitement.

SALLE LOUIS (hommes).

Malades anciens.

Louis W., 28 ans, emballeur. *Hystérie, somnambulisme, anesthésie, asthénie musculaire.*

Ce malade se maintient très amélioré, continue le traitement par le sommeil prolongé.

Malades nouveaux.

Joseph M. (n° 14), 42 ans, comptable. *Hallucinations auditives.*

Père mort subitement, mère bien portante, a été très nerveuse. Frères et sœurs bien portants.

Fièvre typhoïde à 18 ans. Syphilis à 28 ans.

Jusqu'en 1886, rien de spécial au point de vue nerveux.

A ce moment une bronchite se déclare et immédiatement après le malade commence à entendre des voix.

Au début il attribuait ces voix à deux personnes contre lesquelles il avait du ressentiment. Depuis ces voix ont changé de caractère et il ne peut leur attribuer aucune origine particulière.

Tantôt ces voix répondent à des questions mentales, tantôt les réponses sont subites et ne correspondent à aucune question ou à aucune idée du malade.

Malgré tous les traitements ordinaires cet état n'a pas changé, surtout depuis 1889.

Le malade, entré dans le service le 15 avril, a commencé le traitement par la couronne électro-magnétique.

Un mieux sensible a commencé à se manifester. On va poursuivre cette observation.

Malades nouvelles (femmes).

Gabrielle H., 25 ans, sage-femme.

Parents bien portants. Un frère mort de pneumonie à l'âge de 36 ans, pas de sœur.

La malade a toujours été bien portante. Elle travaillait facilement et la mémoire était généralement bonne. Il y a deux ans, à la suite d'un violent chagrin, les accidents nerveux ont commencé.

La mémoire a commencé à s'affaiblir et l'affaiblissement devint bientôt progressif. Impossibilité de se livrer à un travail intellectuel quelconque. Somnolence à tout moment.

Cette somnolence est d'autant plus gênante que la malade prépare des examens très sérieux et se trouve dans l'impossibilité de travailler d'une façon suivie.

Lundi 25 avril, la malade vient me trouver. On commence aussitôt le transfert.

Dès la nuit suivante, les bons effets du traitement se manifestent, le réveil est facile et le travail peut avoir lieu sans provoquer de somnolence.

Les 26, 27 et 28 avril, la malade continue son traitement et l'amélioration persiste, la mémoire revient d'une façon sensible.

Forcée d'interrompre les 29, le 30 avril et le 1er mai, les accidents tendent à revenir ; mais ils disparaissent dès la reprise du traitement le 2 mai.

Malades nouveaux (hommes).

Eugène L., 31 ans. Avocat, homme de lettres. *Neurasthénie.*

Père mort subitement. Mère très nerveuse.

Un frère très nerveux également.

Jusqu'à vingt ans a vécu tranquille, santé délicate, mais se maintenant bien.

A la suite de tracas domestiques, aggravés par du surmenage intellectuel, les accidents nerveux commencent.

Céphalalgies fréquentes venant surtout par crises. Hypochondrie accentuée pendant ces crises. Puis, impossibilité d'un travail intellectuel soutenu. Spermatorrhées fréquentes. Pendant la première année, les médecins ne voyant en lui qu'un hypochondriaque ne lui conseillent aucun traitement. Cependant, un examen plus attentif du malade permit de déterminer l'existence d'une neurasthénie au début.

On commença le traitement par l'hydrothérapie en 1886. Puis le malade subit une foule d'autres traitements sans grand résultat. Signalons, toutefois, l'emploi en dernier lieu de la méthode Brown Séquard qui fournit des résultats très appréciables, mais intermittents.

C'est alors qu'il commence le transfert le 5 avril. Dès le premier jour de bons effets se manifestent dans l'après-midi qui suit le traitement. Ces effets persistent avec des alternatives ascendantes et descendantes qui nécessitent par deux fois un repos de trois jours, et enfin, depuis le 25 avril, le traitement agit d'une manière continue. Le travail est plus facile, les nuits sont meilleures. Il reste encore quelques accidents au réveil.

On continue le traitement.

Consultation externe.

Malades anciennes (femmes).

Hélène S., 21 ans. Institutrice. *Bourdonnements d'oreilles. Surdité légère.*

Après plusieurs essais on s'est arrêté au traitement par les couronnes aimantées. Le mieux ressenti par la malade est aussi très évident; mais il ne persiste que quatre heures après le traitement.

Nous espérons obtenir une durée plus longue.

Augustine S., 21 ans. Femme de chambre. *Hystérie, vomissements répétés, impossibilité de s'alimenter.*

Cette malade est complètement guérie. Elle a repris ses occupations et n'a plus aucune crise, ni le moindre accident nerveux.

Malades anciens (hommes).

Georges C., 32 ans. Sans profession. *Neurasthénie. Suites de surmenage.*

L'amélioration du malade continue progressivement. La tristesse est moins forte et les accidents nerveux se sont beaucoup amendés.

Gaston N., 15 ans. Employé. *Attaques hystéro-épileptiques fréquentes. Craintes de mort subite. Guérison.*

La guérison de ce malade est complète. Il ne vient plus qu'une fois par semaine.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix Frères.

ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

ASILE SAINTE-ANNE. — M. BALL.

L'EXCITATION SEXUELLE MORBIDE [1]

Dans la séance précédente, j'ai tracé le tableau de la folie de l'amour chaste, de ce délire qui va jusqu'aux limites les plus éloignées de l'exaltation et de l'insanité sans le moindre désir lubrique. Aujourd'hui, je vais vous entretenir de ces états morbides, où les éléments physiques et sensuels, usurpant la place de l'intelligence, viennent se placer sur l'avant-scène.

Je commence par proclamer que je ne me pose ni en moraliste, ni en philosophe, et que je ne vais pas vous donner le tableau du vice, mais celui de la folie. Je suis médecin aliéniste, je suis expert devant les tribunaux : ce ne sont ni de libertins, ni de débauchés que j'ai à vous parler, mais de malades cessant dans une certaine mesure d'être responsables de leurs actes.

Je n'attache aucune importance fondamentale aux classifications. Cependant, comme c'est un moyen de se retrouver, une espèce de catalogue de bibliothèque très utile, je mets sous vos yeux le schéma suivant :

(1) *Gazette des hôpitaux*, 16 novembre 1886.

FOLIE ÉROTIQUE. — I. *Erotomanie* (Esquirol) ou folie de l'amour chaste.

II. *Excitation sexuelle* : 1° forme hallucinatoire ; 2° forme aphrodisiaque ; 3° forme obscène ; 4° nymphomanie ; 5° satyriasis.

III. *Perversion sexuelle* : 1° les sanguinaires ; 2° les nécrophiles ; 3° les pédérastes ; 4° les intervertis.

Aujourd'hui, je vais traiter devant vous l'excitation sexuelle, dont les formes nombreuses sont bien distinctes les unes des autres.

Rien n'est plus commun que la forme hallucinatoire, où le sujet persécuté éprouve de réelles souffrances, qui lui sont imposées par une force invincible, dont il cherche à se défendre, mais auxquelles il ne peut se soustraire, malgré sa résistance. La manie, la folie puerpérale, l'hystérie, la folie religieuse, en fournissent de fréquents exemples.

J'emprunte à Baillarger l'observation d'une jeune fille très honnête, mais hallucinée, qui éprouvait toute la gamme des sensations voluptueuses, depuis les plus naturelles jusqu'aux plus obscènes. Elle ne résistait pas au besoin de les raconter, en sorte qu'elle fut, peu à peu, mise à la porte par tous ses amis, à cause de ses conversations lubriques, où elle employait un luxe de détails et d'expressions classiques qui dégoûtait les auditeurs. Cette jeune fille a été guérie par le mariage, après plusieurs années de délire.

Il s'agit ici d'un cas où l'exaltation et la perversion érotiques constituent à eux seuls le trouble mental. Ces affections sont bien plus fréquentes chez des individus déjà atteints d'un autre délire. Les alcooliques, par exemple, qui sont surtout sujets aux hallucinations de la vue, se prêtent aussi aux obsessions sensuelles.

J'ai eu dans mon service, à Saint-Antoine, un alcoolique qui s'imaginait que des persécuteurs, qu'il appelait des « pompiers », s'acharnaient à chaque instant sur ses organes génitaux. Il se lamentait de ce qu'on voulait « lui pomper de la sève et lui arracher de la vie ». Ce malade était dangereux, car il se précipitait sur n'importe qui, prenant le premier venu pour « un pompier ». Un jour il s'élança, dans la cour, à la poursuite d'une pauvre religieuse, qui n'eut que le temps de s'enfuir.

Un personnage politique, qui était dans l'opposition, ayant été interné dans un asile, était convaincu que sa séquestration n'avait que des causes politiques et que, de plus, ses ennemis franchissaient les murs de l'établissement pour le souiller des outrages les plus infâmes. — « Ils ne cessent de me *césariser* », disait-il.

Le malade, qui fera le pivot de cette conférence, nous offre un cas de délire très complexe, sur lequel vient se broder une arabesque hallucinatoire étrange.

C'est un jeune homme de vingt et un an, d'un beau développement physique et d'une figure très agréable. Ses antécédents héréditaires sont inconnus. Se destinant à la prêtrise, il a été élevé au séminaire, où il a reçu une éducation supérieure. Il est bachelier ès lettres et ès sciences. Du petit il est passé au grand séminaire, où il a préparé simultanément la licence ès lettres et le doctorat en théologie. Il s'est livré alors à des excès de travail qui ont exigé un surmenage cérébral. C'est de ce surmenage et d'antécédents héréditaires que je soupçonne qu'il a été victime.

Je ne connais pas exactement le début de ses troubles ; je n'ai pas assisté à l'aurore de sa maladie.

Le cardinal Guibert venait de mourir. A ce moment, il va se présenter à l'archevêché pour recueillir la succession du défunt. Il dit que le pape lui a promis formellement le chapeau de cardinal et le siège de Paris après la mort de Mgr Guibert. Quant à Mgr Richard, c'est un usurpateur. Je n'ai pas besoin de vous dire qu'il est mis à la porte et conduit au Dépôt.

Ce malade présente un délire très variable dans ses manifestations. Un jour, il parle beaucoup ; le lendemain, il garde le silence ; le jour suivant, il écrit. De plus, il éprouve des sentiments différents : 1° celui de l'ambition. Il se promettait *in petto* le chapeau de cardinal ; il se croit appelé aux honneurs, se croit fait pour exciter l'admiration des générations futures ; 2° il est persécuté par des ennemis qui, non contents de le détourner de sa destinée, l'exposent à des outrages obscènes. Son premier échelon est donc l'ambition et c'est comme par gradation qu'il arrive à la persécution. Ordinairement, c'est l'ordre inverse qui a lieu ; 3° il est hypochondriaque et il présente sous ce rapport des

phénomènes bizarres. Il se lamente sur les déformations de son corps, dont il était très fier ; il se plaint que son front s'abaisse, que le charmant ovale de sa figure s'efface, que ses mâchoires remontent. Il a un ramollissement des os de la tête et une perforation du crâne, dont on profite, comme de tous les orifices de son corps, pour le profaner par d'indignes manœuvres.

Nous avons ici sa correspondance, dont je vais vous donner des extraits qui seraient des preuves à l'appui de ce que je viens de vous dire, si, tout à l'heure, quand je l'interrogerai devant vous, il désavouait ces choses, comme il l'a fait ce matin même.

« Monsieur, une chose en apparence insignifiante, mais qui me désole, c'est le changement affreux qu'on fait subir à ma personne. Je veux qu'on me conserve le front comme par le passé. J'aime mieux savoir mon crâne rempli d'eau que mon front baissé et mon crâne amoindri..... »

« Pourquoi me rend-on le nez si gros, à moi qui l'avais si fin ? Pourquoi ne pas me restituer l'ovale si beau et si gracieux de mon visage ?.. »

« Pourquoi me rend-on le crâne si mou, de sorte que les insanités qu'on me met dans la tête sortent à travers le cuir chevelu. »

Voilà qui témoigne bien de son hypochondrie. Mais l'hallucination la plus importante chez lui a pour objet des attentats obscènes de tout le personnel de la maison et de ses confrères dans l'aliénation en particulier.

« Je suis, écrit-il, la proie de bêtes brutes compliquées de l'esprit de pourceaugnins. »

Il se défend de toutes ses forces, mais ne peut résister à ces obsessions étranges. Et il ne se contente pas de croire son corps victime d'outrages inexprimables, il se figure qu'à force de le tourmenter ses persécuteurs ont réussi à le rendre femme et à amener chez lui ce qu'il appelle l'inversion du sexe. « Je suis la prostituée..... »

« ..... Le moyen d'avoir de l'appétit quand j'arrive à table le nez, la bouche, les intestins gorgés de sperme !... »

Ce jeune homme, soumis à une persécution incessante, présente donc une série de phénomènes dont l'érotisme pathologique n'est que l'efflorescence. Il est typique par son

idée d'inversion du sexe. Et pourtant il ne ressemble pas du tout à une certaine classe d'individus dont je vous parlerai dans la prochaine leçon.

Cette forme de délire peut naître parfois d'une façon épidémique. L'histoire en fournit plusieurs exemples dans des couvents, au moyen âge. Et il est arrivé que des faits de ce genre ont entraîné la perte des individus qui étaient accusés faussement d'attentats dont ils étaient innocents. Vous comprenez par là l'importance et le danger de ces sortes d'hallucinations. Car, même à notre époque, pourtant plus calme et plus sceptique, on a condamné récemment aux travaux forcés, sur des accusations analogues, des malheureux qui sont morts au bagne et dont on a découvert ensuite l'innocence.

Dans la forme aphrodisiaque, les appétits sexuels sont monstrueusement exagérés. Ici le sujet ne se dérobe pas ; au contraire, il se porte en avant.

Je tâche de vous présenter, pour chaque forme, des exemples, des types dans un état de pureté chimique, c'est-à-dire dégagés de tout alliage. Trélat m'en fournit un.

Une jeune fille bien élevée, intelligente, distinguée, appartenant à une bonne famille, ayant reçu une éducation parfaite, éprouvait des penchants lascifs, violents, qui lui amenaient de nombreuses aventures. Malgré cela, sa famille la maria, suivant cette idée fausse et immorale qu'on a le droit de se débarrasser de sa fille pour en faire la plaie d'un homme et d'une autre famille. Elle aimait son mari avec rage ; mais, elle avait la même passion pour tous les autres hommes, quels qu'ils fussent et la satisfaisait. Chose étrange, devant témoins, elle était d'une décence parfaite, dans son maintien et dans son langage. Mais, dès qu'elle se trouvait seule avec un homme, sa pudeur s'envolait et elle le provoquait de la façon la plus hardie. Elle devint mère, puis grand'mère ; l'âge n'apporta aucun changement dans ses habitudes.

Un jour, elle avait raccroché dans la rue un enfant de douze ans qui, ayant résisté à ses sollicitations, réussit à se sauver et courut prévenir son frère, garçon de vingt-quatre ans. Celui-ci se rendit sur-le-champ chez cette femme et lui administra une volée de coups, disant qu'en ces cir-

constances on se rendait justice soi-même. Sur ces entrefaites le gendre arriva et aida ce jeune homme à corriger sa belle-mère.

La famille finit par la reléguer hors barrières avec une pension qui lui permettait de vivre. Là encore, elle se livrait avec ardeur à des travaux d'aiguille, dans lesquels elle excellait, et le produit qu'elle en retirait servait à payer des hommes pour satisfaire ses penchants.

On l'a fait entrer, à l'âge de soixante-dix ans, à la Salpêtrière, dans le service de M. Trélat. Sa conduite était exemplaire ; elle n'a jamais rien trahi ni dans ses propos, ni dans son maintien, mais elle était soumise à une surveillance incessante. Cette femme jouit toute sa vie d'une santé physique parfaite : dans l'âge le plus avancé elle faisait des travaux d'aiguille sans lunettes. Enfin elle est morte, à soixante-quatorze ans, d'une congestion cérébrale. On pourrait dire que ses habitudes l'avaient conservée !

J'insiste sur ce fait remarquable qu'elle n'était aliénée que sur un seul point. Et je vous recommande aussi de ne pas confondre cette forme aphrodisiaque avec celle que je vous décrirai tout à l'heure.

La troisième forme n'est pas moins intéressante. Il est des individus dont le langage est constamment dépravé ; ils inventent des expressions obscènes et racontent des aventures forgées de toutes pièces et souvent compromettantes pour des femmes honnêtes. Ce sont des fanfarons de vice. Ils n'ont pas de délire sensuel ; ils sont chastes et même impuissants. Cette forme trouve son lieu d'élection chez les vieillards et chez les paralytiques généraux, dans la forme initiale de la maladie. Il n'y a plus chez eux correspondance entre l'état spinal et l'état cérébral. Le centre spinal des excitations n'existe plus, seule l'excitation cérébrale demeure, et, selon une parole éloquente de J.-J. Rousseau, chez eux « la volonté parle encore quand les sens se taisent ».

La diminution et la perte de la sensibilité sexuelle avec l'âge ne présentent aucun danger quand les désirs psychiques cessent aussi. Dans le cas contraire, c'est le vice qui en résulte.

Du reste, cet état se rencontre également chez les jeunes,

par exemple dans cette classe d'individus que Lasègue a si bien caractérisés du nom d'*exhibitionistes*,et qui éprouvent un plaisir inepte, idiot, imbécile, à exhiber en public leurs parties génitales. Lasègue rapporte le fait d'un jeune homme qui avait la spécialité d'entrer dans les églises et d'aller exhiber ses organes génitaux auprès d'une femme en prière.

Vous savez qu'il est d'usage de passer la seconde partie du cinquième examen de doctorat dans les salles de la Charité. Il y avait, autrefois, un massier à la Faculté qui avait l'habitude, pendant que le grave professeur et sa tremblante victime étaient aux prises l'un avec l'autre, de se placer dans un certain corridor, d'où il pouvait être vu par les jeunes filles qui se mettaient aux fenêtres dans les hôtels voisins, et d'étaler à leurs yeux ses parties génitales. Cette exhibition finit par déplaire aux jeunes filles. Il fut dénoncé, poursuivi, condamné et destitué.

Peut-on imaginer rien de plus insensé que ces sortes d'aliénés, qui n'ont d'autre plaisir que celui d'outrager la pudeur publique et de s'exposer aux châtiments de la justice. On n'explique une chose pareille que par la perte complète du frein naturel.

Qui ne sait la différence profonde qui existe entre ces trois états, dont l'un consiste dans un trouble intense de la sensibilité, le second dans une excitation sexuelle des plus violentes, le troisième dans une aberration de la volonté ?

Il me reste à vous parler de deux maladies : la nymphomanie, type d'excitation sexuelle chez la femme, et le satyriasis, état correspondant chez l'homme. C'est, à mon avis, une erreur grave, commise par tous les auteurs, de confondre la nymphomanie avec tous les états précédents.

Je déclare que la nymphomanie est une affection très grave, reposant sur les organes, soit centraux, soit périphériques, dont la marche est toujours très rapide et qui se termine, en quelques jours, par la mort ou par la démence. C'est pourquoi la malade de Trélat n'était pas, selon moi, une nymphomane.

La nymphomanie se présente sous deux formes : 1 la nymphomanie chronique ou légère ; la nymphomanie grave ou aiguë. Dans la forme aiguë, il existe, indépendamment des penchants sexuels, des troubles physiques bien définis:

gêne dans la respiration, anxiété précordiale, battements du cœur accélérés.

Il est inutile que je vous fasse le tableau érotique de la maladie. Vous en trouverez assez dans la littérature. Mais j'insiste sur ce point que rien ne peut satisfaire leurs désirs. Il ne s'agit donc pas ici d'un orage physiologique qui se calme après l'averse.

Il y a des vaches, bien connues des agriculteurs et des vétérinaires, qu'on appelle vaches torlières : ce sont des nymphomanes. Elles recherchent ardemment le mâle, et, quand elles le rencontrent, elles causent par leurs mugissements et leurs mouvements violents une révolution dans la population paisible des étables. Ce sont des bêtes stériles, qui ne rapportent aucun produit au fermier. Mais, il y a un moyen de les apaiser : c'est de pratiquer sur elles l'ablation des ovaires, qu'on trouve tuméfiés et considérablement hypertrophiés. Ce sont donc bien des lésions physiques qui donnent naissance à ces phénomènes d'affolement qui font leur apparition chez la femme, soit après la puberté, soit après le mariage. La malade, dont le pouls donne jusqu'à 150 pulsations, meurt dans l'espace de cinq à dix jours. Il n'est pas douteux que la maladie ne soit localisée. On a, d'ailleurs, trouvé à l'autopsie, dans des cas semblables, des thromboses des sinus de la dure-mère.

Le satyriasis ne diffère de la nymphomanie que par la gravité et par le caractère d'agression chez les malades.

Vous connaissez tous la dynastie médicale des Chauffard : le premier, médecin à Avignon, célèbre par un ouvrage sur le typhus ; le deuxième, ancien professeur à la Faculté de Paris, et le troisième actuellement médecin des hôpitaux. Nous devons au premier l'observation d'un cas de satyriasis, survenu chez un individu qui avait reçu un coup de bâton sur la tête.

Au nom de ce dernier fait, je conclus à la localisation bulbaire de la maladie. La nymphomanie, comme le satyriasis, a son centre physiologique dans la région du bulbe, et je réserve expressément ces deux noms à une hallucination toute spéciale.

DE LA DIFFUSION

DANS LES

DIFFÉRENTES RÉGIONS DE L'ENCÉPHALE

DES LÉSIONS CAPABLES DE PRODUIRE LES MANIFESTATIONS DE L'ÉPILEPSIE

Par MM. LUYS et AUGUSTE VOISIN.

Le but que nous nous sommes proposé dans ce travail est de prouver : que les lésions que l'on rencontre chez les épileptiques ne sont pas exclusivement localisées à la région bulbaire, mais bien qu'elles sont disséminées sur un espace beaucoup plus étendu que celui qu'on leur a jusqu'ici assigné ; — que la substance propre du cervelet lui-même est souvent intéressée ; — que les fibres efférentes qui en émergent (*pédoncules cérébelleux*), ainsi que les différents amas de substance grise avec lesquels ces fibres se continuent, sont aussi souvent le siège de lésions multiples, et qu'en un mot les manifestations convulsives peuvent trouver leur explication physiologique dans une lésion de différents points de la base de l'encéphale, mais surtout dans celle des régions qui correspondent à la sphère de dissémination de l'influx irradié du cervelet.

Ces recherches nouvelles d'anatomie pathologique, tout en confirmant celles de nos devanciers sur cet intéressant sujet, surtout celles de Schrœder Van der Kolk, mettent particulièrement en lumière les détails d'anatomie normale des centres nerveux signalés précédemment par l'un de nous (1), et sont en même temps une confirmation des déductions physiologiques qui en ont été tirées. Nous rappelons donc brièvement les principaux points anatomiques qui ont trait à l'agencement des appareils cérébelleux, et au mode de distribution des fibres qui en émergent.

De la masse même du cervelet, comme d'un centre, partent trois paires de prolongements bilatéraux (*pédoncules*

(1) Extrait des *Archives de médecine*, décembre 1869.

cérébelleux inférieurs, *moyens*, *supérieurs*) qui se portent simultanément en avant, embrassent et enserrent comme des tentacules multiples les fibres ascendantes spinales avec lesquelles ils entrent en combinaison anatomique. Ces fibres efférentes du cervelet s'entre-croisent toutes sur la ligne médiane, et se terminent dans les régions du côté opposé, en se disséminant au milieu de réseaux inextricables de cellules nerveuses spinales.

C'est ainsi que les fibres des pédoncules inférieurs entrent principalement en connexion avec les corps olivaires du côté opposé, après avoir entouré d'une sorte de collier de substance grise les régions antérieures des pyramides (1) ;

Que les fibres des pédoncules moyens se faufilent au milieu des interstices des fibres spinales ascendantes, et deviennent ainsi successivement la substance grise de la protubérance ;

Que les fibres des pédoncules supérieurs se pelotonnent dans la masse même des noyaux rouges de Stilling, et de là médiatement, à l'aide de processus multiples, se propagent jusque dans la substance grise du corps strié, en formant des réseaux de substance jaunâtre d'une finesse inextricable.

On comprend donc ainsi que le cervelet, d'une part, puisse être envisagé, physiologiquement parlant, comme un foyer d'incitation nerveuse, et que, d'une autre part, les différentes fibres pédonculaires puissent être considérées comme les conducteurs efférents, à l'aide desquels cette incitation est incessamment déversée le long des fibres spinales ascendantes ; et qu'enfin ces milliers de cellules nerveuses spéciales anastomosées en réseaux continus, depuis le collet du bulbe jusque dans l'épaisseur du corps strié, puissent régulièrement représenter la sphère de dissémination, le véritable substratum périphérique, à l'aide duquel cette même activité nerveuse manifeste ses effets dynamiques.

Nous allons voir par l'exposé des faits d'anatomie pathologique qui vont suivre, que ces mêmes régions des centres nerveux, dont nous venons d'exquisser les connexions réciproques, et la signification physiologique, sont à proprement

(1) Ce collier de substance grise d'origine cérébelleuse est souvent lésé chez les épileptiques ; il présente alors une teinte grisâtre ou jaune ambré.

parler les régions *convulsivantes* par excellence, et que les faits nouveaux que nous avons cherché à établir trouvent une confirmation satisfaisante dans l'existence de lésions qui atteignent les divers points de cette sphère convulsivante.

Nos observations sont au nombre de neuf :

I. La première a trait au nommé T., âgé de 20 ans, entré à l'hospice de Bicêtre (*section des épileptiques*), il y a huit ans.

L'épilepsie a débuté il y a dix ans, et paraît avoir été causée par la peur qu'il a éprouvée d'une explosion de gaz ; les accès étaient franchement épileptiques et se produisaient au nombre de six à vingt par mois ; la mort est survenue pendant un accès.

L'autopsie, faite par nous et par M. Liouville, nous a montré les particularités suivantes :

Cerveau et bulbe. — Adhérences de la pie-mère à la substance corticale qui s'enlève avec cette membrane ; imbibition hématique au lobe droit antérieur ; grosses veines variqueuses à la surface du cerveau et du cervelet. La substance corticale est blafarde par places ; son épaisseur est diminuée partiellement ; les lésions se rencontrent surtout au lobe gauche, dans les circonvolutions des régions moyennes ; en quelques points elle est d'une teinte grise ardoisée ; piqueté de la substance blanche. Sérosité ventriculaire ; voûte en bon état, pilier gauche jaunâtre, coloration ambrée à sa base ; le tubercule mamillaire correspondant est parsemé de points jaunâtres ; le pilier droit est plus ferme ; le tubercule mamillaire correspondant est plus grisâtre ; diffluence de sa masse ; les hippocampes des deux côtés ont leur apparence normale.

Couches optiques. — Taches blanchâtres, îlots isolés de vascularisation partielle au niveau du centre antérieur de chaque couche optique.

Corps striés. — Gros vaisseaux à la base ; les arcades du corps strié droit sont mal limitées ; magma jaune ambré, uniforme à leur niveau ; les noyaux rouges, la substance

grise du *locus niger*, celle de la protubérance sont très-colorées.

La substance grise spinale, au niveau du quatrième ventricule et du bec du calamus, est très vasculaire ; celle de la moelle bulbaire est d'une coloration ardoisée. Au moment de la mort, le malade a éjaculé.

Cervelet. — Le cervelet est ferme, sa substance corticale a, par places, une coloration jaune ambrée ; sur les circonvolutions du lobe cérébelleux gauche est une plaque de 3 ou 4 centimètres de diamètre, de coloration ocreuse ; la substance blanche est atrophiée. Rien de semblable dans le lobe cérébelleux droit. Les deux corps dentelés sont irréguliers, très vasculaires. Au niveau des régions antérieures des pyramides, la substance grise forme une sertissure jaunâtre, d'aspect gommeux (*gomme arabique*), constituée par une infiltration granuleuse interfibrillaire.

Rien à noter au sujet des nerfs olfactifs et optiques ; ceux de la troisième paire sont hyperémiés à leur point d'émergence, rouges et mous ; les trijumeaux, les faciaux, les hypoglosses, les acoustiques, les glosso-pharyngiens, et les pneumo-gastriques ne présentent aucune particularité appréciable.

Résumé. — Les principaux points importants de cette autopsie consistent dans l'existence d'adhérences cérébro-méningées, de décoloration partielle de la substance corticale, de son atrophie partielle ; de teintes d'un jaune ambré du corps strié droit, dont les arcades étaient mal limitées ; d'une coloration jaune ambrée de la substance corticale du cervelet en plusieurs points ; de plaques d'une coloration ocreuse dans la substance du lobe gauche, et d'une sertissure de couleur gomme arabique, formant comme un collier au niveau des régions antérieures des pyramides.

Laissant de côté les adhérences, la décoloration de la substance corticale qui ne rentrent pas dans l'objet de notre mémoire, et que l'un de nous, d'ailleurs, a étudiées dans ses conférences cliniques (1869), nous ferons ressortir l'importance physiologico-pathologique que présentent les autres lésions du corps strié droit du cervelet, et surtout de son lobe gauche, et celles du bulbe.

On sait que les fibres du pédoncule cérébelleux supérieur d'un côté se terminent, dans le corps strié du côté opposé, par une série de fibrilles entre-croisées, et que l'intensité de la coloration jaune des corps striés est proportionnelle à l'intensité de la coloration des corps rhomboïdaux du cervelet.

Les lésions que nous avons signalées concordent avec ces déductions anatomiques, puisqu'elles montrent des lésions dans un corps strié (droit) c'est-à-dire du côté opposé à un lobe cérébelleux gauche très altéré, tandis que le corps strié gauche et le lobe cérébelleux droit ne présentaient pas un état semblable. De même la lésion en forme de collier des régions antérieures des pyramides antérieures est bien en rapport avec les altérations de nature congestive du cervelet, et semble indiquer que là les fibres des pédoncules inférieurs ont subi une dégénérescence déterminée vraisemblablement par une sorte de fatigue des éléments nerveux, suite inévitable de nombreuses attaques convulsives.

II. La deuxième observation concerne le nommé F., âgé de 36 ans, atteint d'attaques épileptiques franches, depuis l'âge de 16 ans, et mort dans un état de démence stupide complète.

Dans les derniers temps, le malade ne pouvait plus se tenir sur ses jambes, et il laissait aller sous lui.

Autopsie. La moelle allongée présentait, à son union avec la protubérance, un liséré grisâtre, couleur gomme, qui entourait comme d'un collier la partie antéro-interne des faisceaux antérieurs. La substance grise centrale était fortement hyperémiée ; il en était de même des olives.

Cerveau. — La substance corticale présentait des régions fortement hyperémiées et des taches grisâtres ; la portion réfléchie des hippocampes offrait çà et là quelques points grisâtres, constitués par des infiltrations granuleuses avec corpuscules amyloïdes.

La couche optique droite offrait des lacunes pisiformes en dehors du centre optique ; celle de gauche était régulière. Les arcades du corps strié, à droite, étaient peu apparentes ; à gauche ces mêmes régions étaient teintées de

nuances ambrées et vitreuses ; il y avait de plus de nombreuses lacunes au milieu de cette même substance grise. Au milieu de ces régions ambrées, on trouvait au microscope une grande quantité de petits dépôts sous forme de petites masses jaunâtres rognonées. Les arcades de la base des corps striés étaient très fortement injectées ; la protubérance, fortement vascularisée, présentait des lacunes pisiformes à droite, au-dessus de l'implantation des trijumeaux, la substance grise de Stilling était littéralement noire, les cellules y étaient très pigmentées, grenues, et sans contours apparents ; les nerfs crâniens, examinés successivement, ne présentaient aucune particularité appréciable.

Résumé. — Ainsi que dans la première observation, nous ferons remarquer ici l'existence d'un liséré jaunâtre, couleur gomme, qui entourait comme d'un collier la partie antéro-interne des pyramides antérieures et la concordance de cette lésion avec la vascularisation extrême du cervelet.

Ainsi que dans le premier cas, les arcades d'un corps strié étaient mal définies et teintées de nuances ambrées et vitreuses ; nous pouvons dire que dans ces deux premiers faits, il y a conformité de lésions et que les altérations des corps striés, des pyramides antérieures et du cervelet marchaient de concert.

III. La troisième observation concerne un jeune homme âgé de 25 ans, atteint depuis l'âge de 2 ans, de cinq ou six attaques d'épilepsie par mois, et qui succomba à une péricardite rhumatismale aiguë.

L'autopsie fut faite par Liouville et nous.

L'encéphale pesait 1280 grammes ; les méninges renfermaient une certaine quantité de sérosité, due à l'asystolie cardiaque qui avait précédé la mort.

Le diamètre transversal maximum du cervelet était de 125 millimètres ; la longueur maximum du lobe gauche du cervelet était de 70 millimètres, celle du lobe droit était de 60 millimètres. Tout le bulbe rachidien était notablement ferme et résistant ; on voyait dans les olives des dilatations vasculaires et on constatait une induration notable fibroïde

(quasi cornée) des régions antérieures de l'axe spinal, ainsi qu'une décoloration des faisceaux antérieurs.

Les hippocampes n'étaient pas indurés. Examinées au microscope, les parties indurées de la moelle présentent tous les caractères d'une hyperplasie de tissu conjonctif très nombreux ; noyaux arrondis ou fusiformes, se colorant par le carmin, répandus en masses serrées dans le tissu interstitiel et dans les parois vasculaires.

RÉSUMÉ. — Ce fait nous a paru tirer son intérêt de l'état scléreux des régions antérieures de l'axe spinal, de la décoloration des faisceaux antérieurs, de l'état de fermeté du bulbe, et démontrer que dans certains états convulsifs toutes les parties antérieures, c'est-à-dire excito-motrices, de l'axe spinal participent au désordre morbide. Il ne nous paraît pas y avoir d'autre explication possible de cet état scléreux des régions antérieures chez un sujet épileptique depuis vingt ans et atteint de convulsions aussi générales et complètes que possible.

Ces lésions de l'axe spinal, que nous avons du reste rencontrées, quoique à un moindre degré, dans quelques autopsies, sont en rapport avec un symptôme que nous ont présenté un assez grand nombre d'épileptiques ; nous voulons parler de douleurs le long de la colonne vertébrale ; elles sont quelquefois spontanées, mais ne sont le plus souvent reconnues qu'au moyen d'une pression exercée sur les apophyses épineuses ou sur les gouttières vertébrales.

C'est un signe qui nous paraît toujours se lier aux épilepsies les plus graves, les plus rebelles au traitement ; nous ne nous en sommes du reste rendu compte qu'après nous être assurés par des autopsies que cette douleur était liée à des altérations des méninges spinales.

IV. La quatrième observation est relative au nommé C., 33 ans, épileptique depuis dix-sept ans et sujet à plusieurs attaques franches par jour.

Dans les quatre ou cinq dernières années de sa vie, le malade était devenu dément et complètement instinctif.

L'autopsie nous montra les particularités suivantes : les deux lobes du cervelet présentaient une injection considé-

rable formée par des réseaux vasculaires très fins gorgés de sang très rouge, et autour des vaisseaux, on apercevait une teinte opaline qui donnait l'idée d'une sorte d'œdème et qui était si prononcée en quelques endroits que certains vaisseaux étaient comme vus à travers un nuage.

Certaines folioles du cervelet avaient une coloration jaunâtre ; les corps rhomboïdaux offraient des dilatations vasculaires, et leurs nuances étaient plus accentuées que normalement. L'arachnoïde était épaissie entre le cervelet et la région inférieure et latérale du quatrième ventricule.

Le quatrième ventricule avait une teinte café au lait.

La face antérieure de la moelle présentait plusieurs tractus vasculaires turgides ; la substance grise de la moelle était anormalement vascularisée jusqu'aux racines cervicales.

Le diamètre transversal maximum du cervelet était de 115 millimètres ; le diamètre antéro-postérieur de chacun de ses lobes était de 57 millimètres.

Les méninges cérébrales étaient anormalement vascularisées, adhérentes en plusieurs points à la substance grise. Peu de liquide arachnoïdien. L'encéphale pesait 1630 grammes. Le cerveau était généralement pâle dans ses parties supérieures et coloré dans ses parties inférieures.

L'un des poumons renfermait des tubercules crus et ramollis.

Résumé. — Les lésions du cervelet, et en particulier sa teinte opaline, son aspect œdémateux, les dilatations vasculaires et la couleur des corps rhomboïdaux sont ici singulièrement en rapport avec le rôle que nous attribuons au cervelet dans les phénomènes convulsifs. Plusieurs faits signalés plus loin le démontrent encore.

(*A suivre*).

SYPHILIS ET PARALYSIE GÉNÉRALE

Par MOREL-LAVALLÉE.

Les déterminations organiques de la syphilis peuvent-elles dans certains cas tenir à la nature du virus, celui-ci pouvant alors produire des localisations analogues chez toute une série d'individus contaminés à la même source ?

Dans une courte étude que nous avons jadis (1) publiée sur les FORMES GRAVES DE LA SYPHILIS, nous distinguions, au nombre de ces dernières, à côté des types de *S. dénutritive secondaire*, — *S. maligne précoce*, etc., une « *forme viscérale* », pouvant elle-même se produire lors de la période secondaire, dans laquelle elle représente alors, d'après la terminologie usuelle, le *tertiarisme précoce.*

Il est certain que le fait de déterminer, uniquement ou à peu près, des localisations viscérales (qui alors frappent constamment le même viscère devenu *locum minoris resistentiæ*) constitue pour la vérole une *manière d'être* grave, une *modalité maligne* au même titre que des éruptions répétées de syphilides tuberculo-ulcéreuses constituent une autre variété grave du mal vénérien.

Quelles sont donc les causes qui rendent la syphilis grave ? Le professeur Fournier a indiqué l'alcoolisme, la vieillesse, la scrofulo-tuberculose, l'impaludisme, l'absence de traitement initial, — et le surmenage physique et intellectuel. Le professeur Gémy (d'Alger) incrimine par dessus tout *la qualité de la graine*, résumant son opinion en cet aphorisme : « Si vous devez contracter la syphilis, prenez-la à une source largement, longuement, profondément mercurialisée » (2).

De fait, si nous comprenons que les surmenés du cerveau soient prédisposés à la S. cérébrale, que l'alcoolisme augmente la dénutrition spécifique et dirige les coups de la vérole sur le cerveau, le foie et les téguments, — et l'impaludisme sur le système vasculaire, aucun des facteurs de gravité précédemment énoncés n'explique pourquoi, *en l'absence de toute affection antérieure*, — telle vérole frappera sans relâche le système osseux, telle autre déterminera une néphrite secondaire aiguë,

(1) *Gaz. des hôp.*, 13 oct. 1888.

(2) Leçon d'ouverture de l'année scolaire 1887-1888.

et une troisième, épargnant (ou non) la peau, s'attaquera dès le début et avec récidive à l'appareil cérébro-spinal. Aussi M. le professeur Fournier n'était-il que trop fondé à regretter, ainsi qu'il le faisait ressortir dans l'intéressante communication qu'il a faite, le 10 décembre dernier, à la *Société de Dermatologie*, que, dans nombre de cas, la cause nous échappât encore qui dirigeait les coups de la vérole sur tel ou tel appareil organique, en particulier sur le système nerveux. L'influence de la « graine », la qualité du virus peut, si on l'admet, rendre une syphilis plus intense, plus précoce, plus cachexiante, à tendances plus ulcératives. Mais pourrait-elle aller plus loin et dicter à la maladie issue de son germe, sa marche envahissante contre tel ou tel appareil organique de l'économie, qui serait *toujours le même pour toutes les véroles parallèlement écloses du même germe*?

Cette idée est à *priori* tellement étrange qu'elle ne paraît même pas digne d'attirer l'attention, et pourtant, c'est là une question que vient peut-être indiquer pour l'avenir une courte série d'observations dues, les premières à W. M. B. Goldsmith, les autres à notre ami le Dr Bélières et à nous-même. Goldsmith, étudiant l'influence de la vérole dans la genèse de la paralysie générale, voit une preuve de cette influence *dans les cas où la paralysie générale paraît suivre la syphilis communiquée par un sujet à un ou plusieurs autres* (1). Et voici ces exemples qu'il cite :

1° Un « respectable » gentleman et sa femme contractèrent tous deux la syphilis ; tous deux furent atteints de paralysie générale, 8 ou 10 ans plus tard.

2° Un homme contracte la syphilis et la donne à sa femme ; une sœur de celle-ci, âgée de 16 ans et qui demeurait avec eux, prit également la syphilis. Le mari fut atteint de paralysie générale, 6 ans après l'infection, la femme 8 ans après, la sœur, 7 ans après, à 23 ans.

Moi-même, dans un ouvrage paru en 1889 (2), j'ai rapporté une observation analogue, due à mon collaborateur et ami, le Dr Bélières, qui en a spécialement connu et suivi les sujets. Le hasard nous ayant mis à même de la compléter par l'adjonction de 2 faits nouveaux, je vais la reproduire ici.

En mai 1870, la nommée Marthe X..., âgée de 18 ans, contracte la syphilis et la transmet à son amant, étudiant en médecine, âgé de 22 ans. Ce dernier se sépare d'elle, néglige tout traitement

(1) Congrès de Saratoga, 1885.

(2) *Syphilis et paralysie générale*, Paris, 1889.

pendant le siège, continue ses études médicales tout en faisant des excès assez nombreux. Au bout de 3 ans à la veille de terminer ses études, il est pris de douleurs de tête violentes. Son caractère s'aigrit, il ne peut plus supporter aucun bruit, ne veut plus voir personne, pousse des cris, maigrit, s'étiole. Sur les conseils de M. Duguet, qui diagnostique une *méningite syphilitique*, il quitte Paris et meurt dans le marasme au bout de 2 mois dans sa famille.

En 1871 (décembre), la même Marthe X... devient pendant un mois la maîtresse d'un deuxième étudiant en médecine, que nous appellerons Secundus, en nous appropriant la désignation commode usitée dans les discussions de jurisprudence. Marthe communique la syphilis à Secundus.

Au bout d'un mois à peine, elle quitte Secundus pour un de ses amis, Tertius, et vit maritalement avec ce dernier pendant près de 4 ans ; *dans cette période elle fait deux fausses couches.*

Neuf ans après, Tertius (qui, en 1881, reçu docteur, était allé s'installer dans le midi, s'était marié, avait eu 2 *enfants vivants et bien constitués*), commence à déraisonner, à devenir triste, sa parole s'embarrasse, il a des terreurs, pas de délire bien franc. Le médecin aliéniste de l'Asile du département (Lozère) diagnostique *paralysie générale progressive*. Mort en 1882.

Quant à Secundus, qui avait contracté la syphilis avec la même femme en décembre 1871, il s'est, après des études sérieuses, établi, marié, a eu 2 enfants, *tous les deux vivants et robustes.* Au bout de 15 ans, il a commencé à délirer ; il a voulu tuer ses enfants (qu'il adorait) ; on a été obligé de l'interner à Charenton, avec un certificat déclarant qu'il était atteint de *paralysie générale à la suite de syphilis ancienne.*

Ce diagnostic de paralysie générale a été confirmé par M. Christian, dans le service duquel le malade est décédé en 1888.

De ces 3 malades, aucun ne s'était soigné d'une façon sérieuse, et leur syphilis n'avait jamais présenté de caractères de malignité bien tranchée.

Or, mon ami M. Bélières, ancien interne des Asiles de la Seine, vient de me faire savoir que la syphilis de Marthe X... avait fait d'autres victimes, aussi durement punies d'avoir partagé ses trop faciles faveurs lors de la vie commune au quartier Latin.

Quartus, pharmacien, décédé à T..., en 1890, atteint de *paralysie générale progressive à forme lypémaniaque.*

Quintus, ingénieur, mort d'accidents cérébraux qualifiés « folie syphilitique. »

Nous rappelons ces faits, sans vouloir en tirer aucune inter-

prétation, mais pour prendre date et les rapprocher de ceux de Goldsmith. Nous remarquons seulement que voilà cinq hommes qui, contaminés à la même source, ont tous été frappés dans le même appareil organique. Tous sont morts d'accidents cérébraux, dont trois de paralysie générale après des incubations de 15 ans (Secundus), 9 ans (Tertius), et 17 ou 18 ans (Quartus). Quant aux deux autres, la syphilose cérébro-méningée les a tués, 3 ans (Primus) et 19 ans (Quintus) après la contamination.

Fait curieux, et qui pourrait représenter la « moralité » de l'histoire : la femme à qui remonte l'origine de tous ces désastres, jouissant d'une bonne santé, s'est « mariée légitimement » il y a quelques années. Elle avait, il y a 2 ans, un baby très robuste âgé de 2 ans.

En dehors de ces exemples, qui restent jusqu'à présent à l'état de raretés dans la science, et dans lesquels la paralysie générale a paru suivre la syphilis communiquée d'un sujet à un ou plusieurs autres, — fait qui tendrait à faire supposer qu'il pourrait exister des véroles « *à virulence nerveuse* », — nous avons déjà eu l'occasion de faire ressortir un autre fait qui met, lui, hors de doute la prédilection de la « *vérole nerveuse* » pour la détermination de la péri-encéphalite diffuse, de préférence à d'autres cérébropathies chez les individus où l'hérédité neuropathique permet à l'infection syphilitique d'être l'*ultimum movens* de ce complexus cérébro-méningé.

Ce fait, que nous voulons rappeler ici, c'est que la syphilis se retrouve avec une fréquence infiniment plus grande dans les antécédents des aliénés paralytiques généraux que dans ceux des aliénés non paralytiques.

Veut-on quelques chiffres ? Mendee a retrouvé la vérole 75 fois 0/0 chez ses paralytiques généraux, 18 fois seulement chez les malades atteints d'autres vésanies. Obersteiner, 21 fois chez les paralytiques généraux, 4 fois seulement chez les aliénés non paralytiques. En supposant que la syphilis ait été méconnue, il est évident qu'elle a dû l'être, pour un même auteur, aussi bien pour les démences paralytiques que pour les autres vésanies,et la proportion reste inattaquable.

Cette préférence de la syphilis, pour diriger vers la production de la paralysie générale les germes neuropathiques innés ou acquis préexistant, n'a rien au reste qui puisse nous étonner depuis que notre éminent maître, M. Fournier, a victorieusement établi chez nous la part de la vérole dans la genèse du tabes. Je dirai plus, c'était presque à prévoir.

Nous avons nous-même donné un exemple satisfaisant dans

une observation qui nous est personnelle, et que nous résumons ici (1) dans un tableau généalogique.

M., viveur, grand seigneur, riche, a fait des excès de tout ordre. Il épouse = Z, très religieuse, intelligente.

3 enfants.

L'aîné :	Sœur puînée :	Frère cadet :
Tic nerveux de la face. Pusillanime. A eu beaucoup de peine à apprendre à lire et à écrire. Pas de tremblement. Incapable de gérer ses affaires. Taciturne, méfiant, Diagnostic : DÉMENCE PARTIELLE.	Vivante. Epileptique ; imbécillité intellectuelle. Est née avec (?) un bras atrophié.	Grand viveur. Joueur, très intelligent ; très irascible, a tué, dans un voyage, un homme du bord. A pris, à 22 ans, la SYPHILIS pour laquelle l'a soigné Bazin. Il est mort à 38 ans après avoir présenté les symptômes suivants : alternatives de délire ambitieux et d'hallucinations terriflantes : il voulait vendre l'Australie et l'Inde. Tout était en diamant et en or. Il a eu 50.000 véroles ; sa maison est morte. Incohérence, embarras de la parole ; inconscience, gâtisme. M. Billod a diagnostiqué : PARALYSIE GÉNÉRALE.

Ainsi, sur trois descendants dégénérés d'une famille nerveuse UN SEUL *prend la syphilis* et CELUI-LA SEUL *devient paralytique général.*

Nous terminerons par le simple énoncé de ce fait suggestif et nous le livrons aux méditations de ceux qui se refusent à admettre la possibilité d'aucun lien entre la paralysie générale et la syphilis.

(1) Voyez MOREL-LAVALLÉE et BÉLIÈRES, *loc. cit.*, p. 131.

ASSOCIATION MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

DE

GRANDE-BRETAGNE ET D'IRLANDE

Comptes rendus par le Dr René SEMELAIGNE,
secrétaire de la Société médico-psychologique

Séance du 13 mars 1890 à Manchester.

Présidence du Dr NEWINGTON.

Les troubles psychiques de la névrite périphérique.

Le Dr James Ross, de Manchester, présente un travail sur les troubles psychiques qui peuvent accompagner la névrite périphérique. Il les divise en quatre périodes : 1° période prémonitoire, pendant laquelle les sens spéciaux et les facultés imaginatives sont susceptibles d'exaltation ; 2° période de dépression ou mélancolie ; 3° période transitoire de manie ou mélancolie avec excitation, ou convulsive, aboutissant à la démence finale.

Le Dr Hack Tuke donne lecture d'une observation de névrite périphérique d'origine alcoolique, par le Dr Mc. Dowall. Il s'agit d'une femme de 42 ans ; son père a été choréique dans sa jeunesse ; un frère est idiot et un cousin maternel sourd et muet ; fils de quinze ans, atteint de chorée. Début de l'affection remontant à deux ans. Les traits principaux sont les suivants : sensibilité exquise de la plante des pieds ; toucher extrêmement pénible ; sensation d'épingles et d'aiguilles ; symétrie des divers phénomènes ; abolition des réflexes superficiels ; atrophie et paralysie marquées aux fléchisseurs du pied ; perte de la sensibilité faradique ; aspect soupçonneux ; disparition de la mémoire et ardent désir des stimulants alcooliques ; propension au mensonge ; s'imagine que sous son lit fonctionnent des machines électriques, dont les décharges lui parcourent les membres ; explosions de colère. A la suite de la suppression absolue des boissons alcooliques, amélioration rapide au point de vue mental et physique.

Une discussion s'engage sur la communication du Dr Ross ; les Drs Tuke, Couston, Savage et Yellowlees y prennent part.

La manie comprend-elle deux espèces distinctes de vésanie, et doit-elle être subdivisée.

Tel est le titre d'un travail du Dr George M. Robertson, médecin assistant à l'asile de Morningside. Le Dr Robertson reconnaît

deux formes. Dans la première à laquelle il donne le nom de manie furieuse (furious or raging maria), le malade est dangereux et vous traite en ennemi ; il croit à des persécutions, à des complots tramés contre son bonheur, d'où idée de vengeance et de représailles. Dans la deuxième, ou manie expansive (hilarious mania), le sujet est bruyant, heureux, il vous accable de son amitié ; son délire respire la santé et le bonheur, et roule sur des pensées érotiques, religieuses ou de grandeur. Cette subdivision, dit en terminant le Dr Robertson, n'est en somme qu'un retour, avec quelques idées nouvelles, à la classification d'Esquirol.

La séance est levée.

Séance du 15 mai 1890 à l'hôpital de Bethlem.

Présidence du Dr NEWINGTON.

Le président annonce que la prochaine séance aura lieu le 24 juillet à Glasgow, sous la présidence du Dr Yellowlees.

Le bicycle et le tricycle pour les aliénés.

Le Dr C. Théodore Ewart donne lecture d'un travail sur la nécessité des exercices pour les aliénés, et les avantages du tricycle et du bicycle.

Le Dr B. W. Richardson, président de la Société des cyclistes, prône longuement les résultats de cet exercice au point de vue sanitaire, et le place au-dessus de l'équitation et de la marche.

Le Dr Savage a plus d'une fois recommandé le bicycle ou le tricycle, et avec un plein succès. Cet exercice convient surtout aux hommes âgés retirés des affaires, qui désormais sans occupations, sentent un vide dans leur existence, et versent parfois, dans la mélancolie.

M. Richards fait observer qu'au cas d'adoption du tricycle pour les aliénés, il faudrait d'abord rendre les gardiens habiles à cet exercice ; autrement on pourrait s'exposer à bien des mécomptes.

Le Dr Fletcher Brach déclare en sa qualité de vieux ciclyte, qu'il n'a jamais mieux travaillé qu'après cet exercice, et le recommande aux supérintendants. Car l'esprit agit sur le corps, et le corps sur l'esprit ; le supérintendant d'un asile ne peut accomplir sa tâche que s'il jouit d'une bonne santé physique.

Les Drs Percy Smith et Hack Tuke signalent des accidents occasionnés par le bicycle.

Propagation de la folie et des névroses.

Le Dr Straham fait une communication sur la propagation de la folie et des névroses. Il conclut en demandant l'intervention de l'Etat pour interdire le mariage : 1° à tout homme ou femme, à antécédents héréditaires morbides, qui a été atteint une fois d'aliénation mentale ; 2° à tous ceux qui même sans antécédents héréditaires, ont subi deux attaques de folie ; 3° enfin aux épileptiques et aux buveurs invétérés.

Une longue discussion s'engage sur la question de l'hérédité nerveuse, des mariages consanguins, etc.

Le Dr Hack Tuke exprime des doutes formels sur l'opportunité d'une intervention de l'Etat. Une vieille loi écossaise, tombée en désuétude, prescrivait la castration des épileptiques ; elle était peut-être sage, mais en tout cas elle est peu praticable aujourd'hui. Du reste, à supposer que la législation s'oppose au mariage, n'y aurait-il pas un nombre considérable de naissances illégitimes.

Dr Straham. — Ils ne seraient pas en liberté.

Dr Hack Tuke. — Mais comment interner toutes les personnes prédisposées à la folie ?

Le Dr Straham maintient ses conclusions.

La séance est levée.

Irlande.

Séance du 19 *juin* 1890, *à Dublin.*

Présidence du Dr Eustace.

Note sur un cas de calcul vésical chez une aliénée.

Le secrétaire, Dr Conolly Norman, donne lecture d'une communication du Dr Ringrose Atkins, intitulée : « Note sur un cas de calcul vésical chez une aliénée. » Il s'agit d'une femme âgée de 25 ans, mariée, entrée à l'asile de Waterford, en octobre 1888, comme atteinte de manie aiguë d'origine puerpérale. La maladie suit longtemps un cours défavorable, et le sujet s'adonne à la masturbation. Les premiers jours de juin 1890, elle rend un calcul du volume d'un œuf de grive, cesse dès lors de se masturber, et la guérison marche rapidement. A l'âge de 13 ans, elle avait déjà souffert d'un calcul, et subi l'opération de la taille.

Le Dr Eustace signale la fréquence de la masturbation, avec cause locale.

Le Dr Conolly Norman rappelle le cas d'un aliéné se masturbant avec excès, et qui mourut de la pierre. Les pièces se trouvent au musée du Trinity College.

Le Dr Finnegan insinue que le calcul dont parle la note du Dr Ringrose Atkins pouvait avoir pour noyau un corps étranger. Une de ses malades, s'étant introduit dans l'urèthre un morceau de mine de plomb, le laissa tomber dans la vessie où il forma le noyau d'un calcul phosphaté.

Le secrétaire montre des microphotographies du Dr Ringrose Atkins, représentant les lésions déterminées dans le cerveau et la moelle par l'alcoolisme chronique.

Le Dr Conolly Norman lit un travail sur un cas de tumeur intracrânienne.

Présentation de coupes de la moelle préparées suivant la méthode d'Adam Kiewiez, mais préalablement colorées au bleu d'aniline.

La séance est levée.

Séance du 24 juillet 1890 au Royal Asylum, Gartnavel, Glasgow.

Présidence du Dr YELLOWLEES.

Education professionnelle des infirmiers.

La commission chargée d'étudier les moyens d'assurer l'éducation professionnelle des infirmiers et infirmières des asiles, présente son rapport, et formule les propositions suivantes :

Période probatoire de trois mois, suivie d'une période d'instruction et de service : la durée totale est de deux ans.

Le plan consiste en étude des manuels, exercices pratiques, instruction clinique, conférences ou démonstrations (douze au minimum). On se bornera à leur indiquer les soins usuels à donner aux aliénés, les symptômes généraux des maladies mentales, et à leur inculquer les notions indispensables de la structure et des fonctions physiques, pour les mettre à même de porter les premiers secours en cas d'accident.

Pour l'obtention du brevet, examen oral et écrit, le candidat ne peut se présenter sans un certificat du supérintendant constatant sa moralité et son degré d'aptitude. Il sera tenu un registre spécial des candidats ayant subi l'examen avec succès ; en cas de mauvaise conduite, le nom du délinquant peut être rayé. Tous ceux qui auront obtenu le brevet devront, avant de le retirer, signer un papier contenant l'engagement de rester à leur

poste le temps convenu, et la renonciation aux bénéfices du brevet le jour où la Société Médico-Psychologique cesserait de les en juger dignes.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

Vote de remerciement aux Drs Hack Tuke et Savage pour le dévouement et l'intelligence dont ils font preuve dans la direction du *Journal of Mental Science, annales de l'Association.*

Distribution des prix de l'Association aux Drs G. M. Robertson, Mackenzie, Johantone, Smythe.

La séance est levée.

Ecosse.

Séance du 13 novembre, à la Faculté des Médecins et Chirurgiens de Glasgow.

Présidence du Dr YELLOWLEES.

Démence aiguë traitée par le chaud et le froid et l'électricité.

Le Dr A. Robertson rapporte un cas de guérison de démence aiguë, traitée par le chaud et le froid et l'électricité. Il s'agit d'une jeune fille de 24 ans tombée en stupeur après une phase d'hallucination de la vue et de l'ouïe et de la céphalalgie. Le 1er février, on commence à appliquer chaque jour, pendant une heure, sur la tête de la malade, un casque en caoutchouc dans lequel circule de l'eau à 110° et même 115° Fahr. ; au bout de quinze jours la température est diminuée pendant la seconde demi-heure, de façon à ce que, dans les vingt dernières minutes, il ne coule que de l'eau glacée. Le 20 février, amélioration notable. On cesse alors le traitement par le chaud et le froid, et l'on pratique deux séances quotidiennes de massage, de trois quarts d'heure chacune, matin et soir. Quinze jours après application des courants continus, le pôle positif placé à la partie inférieure de l'épine dorsale, le pôle négatif lentement promené sur la tête. L'amélioration se fait de plus en plus sentir, la malade cause et travaille.

Le Dr Robertson soigne en ce moment une mélancolie, datant d'environ trois ans, par la méthode du chaud et froid. Le sujet est amélioré depuis le début du traitement.

Une discussion s'engage à propos de la communication du Dr Robertson ; les Drs Clouston, Ireland, Borie et Yellowlees y prennent part.

Perversion sexuelle.

Le Dr Urghart rapporte un cas de perversion sexuelle, chez un jeune homme âgé aujourd'hui de 26 ans. Le père, homme dissipé, avait communiqué à sa femme, pendant sa grossesse, une maladie vénérienne. Sœur de mauvaise vie. Dans l'enfance, chute sur la tête ; changement de caractère depuis cette époque. Indifférent avec les femmes, et ne recherchant que les hommes. Se sachant poursuivi par la folie, entre comme pensionnaire volontaire, sur les conseils d'un médecin, à l'asile de Murray. Un détective vient l'y chercher. Jugement et condamnation à un an de prison, avec *hard labour*, malgré le rapport du Dr Urghart.

Que fera cet homme une fois libéré ? Des criminels de cette espèce ne devraient-ils pas être traités d'une manière plus scientifique ?

Le palais des aliénés.

Le Dr Clouston expose le résultat de ses recherches sur le développement de la voûte palatine chez les aliénés. Il décrit trois configurations différentes ; dans la première, la « typique », large dôme plat au-dessous de la bouche ; dans la seconde, la « neurotique » voûte beaucoup plus haute, et quelquefois tendance aux « dents de lapin » ; dans la troisième, la « déformée » aspect d'un V ou d'une selle.

La séance est levée.

Séance du 20 novembre 1890 à l'hôpital de Bethlem.

Présidence du Dr Yellowlees.

Le Dr Powel montre une serrure en usage à l'asile de Nottingham pour les portes des quartiers, et qui conviendrait aux chambres. L'avantage est de prévenir le bruit. La porte ne peut s'ouvrir qu'à l'aide d'une clef, mais pour fermer on n'a qu'à presser un bouton qui pousse le verrou.

Le Dr Hyslop présente des pièces anatomiques.

Le Dr Percy Smith, médecin résidant de Bethlem, fait une communication sur les imperfections du nouveau Lunacy Act, et les difficultés constatées à la suite de la mise en vigueur de cette loi.

Une longue discussion s'engage ; les Drs Savage, Hack Tuke et Yellowlees y prennent part. Le Dr Hack Tuke signale surtout le retard préjudiciable apporté au placement et au traitement des malades ; le grand défaut de la nouvelle loi, c'est de n'être, d'un bout à l'autre, qu'un prétexte à paperasserie.

L'Association vote l'impression de la communication du Dr Percy Smith.

British medical Association (section de Psychologie).

Séance du 30 juillet 1892 à Birmingham.

Présidence du Dr Frederick Needham.

Le président rappelant ses 32 ans d'exercice comme superintendant, décrit l'ancienne situation des asiles, et se félicite des progrès considérables réalisés au point de vue de l'installation de l'hygiène et du traitement.

Idées impératives sans aliénation.

Le Dr Hack Tuke cite des cas d'idées impératives hantant une personne non aliénée.

Le Professeur Gairdner considère ces personnes comme placées sur les frontières de la folie ; bien souvent l'idée impérative prend un tel degré qu'on est obligé de les reconnaître officiellement, atteintes d'aliénation mentale.

Le Dr Wiglesworth pense que l'hypnotisme pourrait être utile.

Projet d'un hôpital d'aliénés, à Londres.

Un projet présenté au comité de Londres propose l'érection dans cette ville d'un hôpital pour les aliénés, dirigé suivant les mêmes principes que les hôpitaux ordinaires, avec un corps de médecins et chirurgiens visitants, et présentant toutes les facilités pour les recherches pathologiques et le traitement.

Le Dr Yellowlees s'élève contre le rapport rédigé d'une façon agressive à l'égard des superintendants des asiles, un hôpital de 100 lits serait d'ailleurs absolument insuffisant pour l'instruction des élèves.

Insolation et folie.

Le Dr Hyslop fait une communication sur la folie déterminée par l'insolation. Une discussion à laquelle prennent part les Drs Yellowlees, Hack Tuke, Needham s'engage à ce sujet. L'opinion la plus générale est que les cas cités par le Dr Hyslop sont fort rares, et que l'insolation a bien souvent été invoquée à tort comme cause productrice de l'aliénation.

L'hypnotisme comme agent thérapeutique.

L'Association blâme les exhibitions publiques et désigne une commission pour étudier les phénomènes de l'hypnotisme, ainsi que sa valeur comme agent thérapeutique.

La séance est levée.

Rapport du Bureau général des commissaires en aliénation pour l'Ecosse, 1890.

Au premier janvier 1890, le nombre officiellement connu des aliénés se montait à 12302.

Le placement, soit chez des amis, soit chez des étrangers, des malades dont la détention a cessé d'être nécessaire, ou qui ne paraissent pas devoir bénéficier d'un traitement prolongé à l'asile prend chaque année plus d'étendue. Mais vu leur nombre de plus en plus considérable, et le degré de liberté qui leur est accordé, il est survenu,dans le cours de l'année,quelques évènements regrettables : une vieille femme de 66 ans s'est fracturé le col du fémur, et a succombé aux suites de cet accident ; une autre femme de 60 ans, hémiplégique et sujette à des attaques syncopales, tomba dans le feu, et se brûla mortellement ; une mélancolique de 73 ans, s'étant coupé la gorge avec des ciseaux, a pu être sauvée ; un homme de 75 ans, soupçonné d'attentat à la pudeur sur des petites filles, fut transféré de nouveau à l'asile ; un garçon imbécile, de 17 ans, a été, sans preuves suffisantes, accusé d'actes immoraux sur des enfants ; un autre imbécile de 19 ans, convaincu de tentative de viol sur une fille, et jugé suffisamment sain d'esprit pour être responsable, a subi une condamnation à 60 jours de prison ; une femme, placée en dehors de l'asile depuis 1886, put échapper à la surveillance de sa gardienne, et, à bout de forces, expira dans la neige ; une autre, placée depuis 25 ans, a été violée par un homme, condamné pour ce fait à trois mois de prison.

Rapports sur les asiles d'aliénés en Irlande pour 1890.

Au 1er janvier 1890, on constatait 16,150 aliénés dont 11,800 dans les asiles de district, 637 dans les asiles particuliers, 1 en prison,4,165 dans les Poorhouses et 176 à l'asile central des aliénés criminels, à Dendrum.

La condition des aliénés disséminés dans les workhouses, ou en liberté, est loin d'être satisfaisante ; il n'existe de surveillance d'aucune sorte. Dans les maisons autorisées, situation également mauvaise ; un grand nombre ne reçoivent que deux ou trois malades dont la pension se trouve insuffisante pour faire face aux dépenses indispensables. R. S.

BULLETIN MENSUEL

DE LA

CLINIQUE HYPNOTHÉRAPIQUE DE LA CHARITÉ

Mai 1892

Salle Andral (femmes).

Malades anciennes.

Angèle D., domestique, 37 ans. *Névralgie du plexus brachial. Hystérie.*

Cette malade est aujourd'hui complètement guérie.

Eugénie B., 19 ans, couturière. *Nœvus de la face traité par suggestion.*

La décoloration générale de la région congestionnée se fait d'une façon lente. Tous les îlots blancs obtenus précédemment persistent.

Il y a un progrès notable.

Noémie S. (n° 8), 35 ans, caissière. *Hémiplégie droite.*

Cette malade va mieux. Le traitement a produit chez elle d'excellents effets. On emploie les transferts.

Mme veuve J., 28 ans, couturière. *Hystérie.* Action favorable du miroir.

Père bien portant. Mère morte d'accidents cardiaques.

La malade a toujours été assez nerveuse, mais pas d'accidents nerveux jusqu'à la mort de son mari survenue il y a deux ans, le jour de la première couche de la malade.

A ce moment, violente crise de larmes, suivie de hoquets, de tremblements et d'évanouissement. Durée de cette première crise sept heures.

Depuis cette époque, à la moindre contrariété, surtout au moment de la menstruation, une nouvelle crise survenait plus ou moins violente.

Traitée sans succès par le bromure, par l'éther, par les douches, etc., etc.

Amenée à l'hôpital le 20 mai. Traitée par le miroir, elle ne tarde pas à dormir. On commence alors la suggestion. A partir de cette époque, grande amélioration qui s'accentue progressivement.

Romanie C., 18 ans, lingère. *Hystérie.*

Père et mère tuberculeux. Père mort. Mère malade. Un frère également tuberculeux.

A eu un enfant à 15 ans 1/2. Bonnes couches. Enfant mort de convulsions à 1 an 1/2. Violent chagrin à la suite de cette mort.

Le début des accidents survint il y a un an. Perte de connaissance, puis crises.

Crises tous les huit ou dix jours. Forme classique de la grande hystérie.

Traitée par le bromure, les douches, le sirop d'éther, etc., sans succès.

Amenée à l'hôpital, le 26 mai 1892. Resté en observation jusqu'au 1er juin. Pendant cette période, vomissements de sang pendant les crises.

Commence le traitement par les miroirs le 1er juin.

Julia F., 24 ans. *Paralysie du diaphragme. Hystérique.*

Pas d'hérédité, réglée à 13 ans. A eu une couche à 20 ans; depuis ce temps, devenue impressionnable et nerveuse.

A 21 ans, accès de délire de persécution ; voyait des gens qui lui voulaient du mal et qui la suivaient.

Nouvelle crise l'an dernier à la suite d'un rêve ; elle voyait un voleur dans sa chambre. La vision subjective eut une intensité telle que le lendemain elle eut un accès de jaunisse, et au bout de 8 jours une paralysie de la jambe gauche avec perte de connaissance ; la paralysie a disparu.

Elle entre dans le service, aujourd'hui 18 mai, à cause d'accès d'étouffement, qui la font très notablement souffrir, et de la faiblesse dans les jambes.

On constate en effet que le diaphragme ne se contracte pas. Douleur épigastrique; à chaque inspiration les muscles thoraciques seuls se contractent. Pas de propulsion ombilicale. Serrement au creux épigastrique.

On la soumet au transfert, et dès les premières séances, l'amélioration s'opère, la respiration se régularise et reprend son rythme normal. Le 3e jour, à la suite d'une peur, rechute. Le traitement, repris immédiatement, rétablit l'équilibre.

Salle Louis (hommes).

Malades anciens.

Joseph M. (n° 14), 42 ans, comptable. *Hallucinations auditives.*

Ce malade a quitté le service, complètement guéri. La couronne électro-magnétique a eu raison de ses hallucinations très rapidement.

Louis W., 28 ans, emballeur. *Hystérie, somnambulisme, anesthésie, asthénie musculaire. Extériorisation de la sensibilité.*

L'amélioration de ce malade se maintient parfaitement.

Ce malade sert de sujet transfert. Il se trouve bien de ce régime, on note qu'il devient d'une très grande sensibilité par la perception des effluves magnétiques. Il présente le phénomène de l'extériorisation de la sensibilité décrite par M. de Rochas.

Il a subi l'amputation du petit doigt de la main droite; lorsqu'il

est en état hypnotique, la sensibilité est revenue à l'endroit où devrait être son doigt amputé.

Lorsqu'on fait un pincement à l'endroit où devrait être l'ongle, il dit très bien qu'on lui pince l'ongle, et que son petit doigt est douloureux.

Malades nouveaux.

Étienne C., 43 ans, jardinier. *Etourdissement, vertige, céphalalgie continuelle.*

Pas d'antécédents nerveux héréditaires.

Bien portant en général, quoique nerveux. Dans l'enfance, chorée de 7 à 8 ans. Migraines assez fréquentes.

Il y a deux ans, le malade constate à son réveil que la moitié droite de sa figure est paralysée. Cette paralysie dure trois mois.

Le 25 décembre 1891, pendant le travail, le malade est atteint subitement d'étourdissements avec sensation de douleur derrière la tête et à gauche (au niveau de l'hémisphère gauche du cervelet).

Le malade entre à l'hôpital Saint-Denis, où il est traité par le bromure et les vésicatoires. Légère amélioration du symptôme douleur, mais persistance des étourdissements.

Entre à la Charité le 8 mai. Traité d'abord par le miroir qui produit une amélioration notable et diminue beaucoup les étourdissements. Le 1er juin on commence le traitement par les couronnes aimantées.

Consultation externe.

Malades anciens.

Gabrielle H., 25 ans, sage-femme. *Amnésie, fatigue cérébrale.*

Les transferts facilitent considérablement le travail intellectuel. Depuis l'emploi de ce traitement, la mémoire devient plus stable. L'amélioration est très nette.

Hélène S., 21 ans, institutrice. *Bourdonnements d'oreilles. Surdité légère.*

Un dispositif nouveau des barreaux aimantés appliqués par pôles opposés directement près des oreilles a permis d'obtenir un mieux sensible et surtout *persistant* ; la guérison est donc maintenant presque sûrement assurée.

Hôpital de la Charité

M. Luys a commencé le mois dernier ses conférences cliniques sur les maladies mentales et les applications de l'hypnotisme au traitement des maladies nerveuses, et les continuera tous les samedis à 10 h. 1/2.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix Frères.

ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

DE LA VISIBILITÉ DES EFFLUVES MAGNÉTIQUES & ÉLECTRIQUES

CHEZ LES SUJETS EN ÉTAT HYPNOTIQUE

Par M. le Dr Luys (1).

J'ai noté depuis quelques années que, parmi les aptitudes nouvelles que l'on peut développer dans le système nerveux des sujets placés en état hypnotique, il en existait une très remarquable : c'est de devenir sensibles à l'action des barreaux aimantés, d'être attirés et répulsés par leurs effluves, et surtout de percevoir les différences de coloration des effluves qui se dégagent, soit du pôle positif, soit du pôle négatif.

J'ai constaté, en outre, que non seulement ces sujets étaient aptes à signaler la coloration des courants magnétiques, mais encore à reconnaître celle des courants électriques, des courants électro-magnétiques et des courants qui s'accumulent dans les bobines d'induction.

Pour mettre en évidence cette curieuse propriété, j'ai recours à la technique suivante :

(1) Communication faite à la Société de Biologie, dans la séance du 21 mai 1892.

Je place d'abord le sujet en léthargie, et l'amène rapidement à l'état somnambulique. — En ces conditions, je présente successivement devant lui les deux pôles d'un gros barreau aimanté à quatre ou cinq branches.

A ce moment, quand il s'agit du pôle nord, il dit qu'il voit s'en dégager des effluves bleues comme des flammes d'un bouquet d'artifice ; — s'il s'agit du pôle sud, ce sont, au contraire, des flammes rouges qu'il signale et l'on constate en même temps que l'action des effluves du pôle nord lui sont agréables, et que ceux du pôle sud lui sont pénibles, et qu'il les voit avec peine (1).

Si on met le sujet en face d'une pile Trouvé, d'un appareil électrique quelconque non muni de ses rhéophores, il signale dans la bouteille une nuance jaune diffuse, et, si on met les rhéophores en place, il voit les fils avec chacun une coloration spéciale ; — le pôle négatif, ou pôle nord, dégage des effluves colorés en bleu, le pôle positif en rouge, et s'il y a une bobine d'induction, elle lui paraît colorée en jaune.

Certains sujets sont tellement sensibles à l'action des effluves magnétiques qu'un d'eux, un sujet mâle, a pu reconnaître au bout de *deux ans* les traces d'effluves magnétiques accumulées sur un papier photographique, impressionné depuis ce temps par les effluves magnétiques émanés du pôle nord d'un barreau aimanté et qui était resté une demi-heure devant l'objectif photographique.

On peut dire que chez les sujets hypnotiques méthodiquement dirigés, ces aptitudes se révèlent d'une façon régulière, avec plus ou moins de netteté. Les cas exceptionnels de non-sensibilité aux couleurs fluidiques sont rares, et avec un peu d'attention, on arrive à reconnaître qu'ils rentrent dans la règle générale.

Un procédé plus simple consiste à ne mettre seulement que la rétine en état d'hypnotisation (le cerveau restant ainsi en dehors de l'opération). Voici comment on procède : — le sujet sensitif se place devant l'opérateur, qui promène transversalement ses deux doigts au-devant de ses yeux. — Il se produit alors un état d'éréthisme de la rétine qui se caractérise à l'ophtalmoscope par une vascularisation instantanée qui donne à la surface nerveuse une suractivité extra-physiologique tout à fait spéciale.

(1) C'est ce que j'ai déjà signalé dans une précédente communication à propos de l'action psychique des aimants (*Bulletins de la Société de Biologie*, 1890).

On a eu soin à l'avance de faire dessiner les objets divers dont on veut étudier la coloration des effluves, et le sujet ayant eu au préalable les yeux ainsi préparés artificiellement, son cerveau demeurant intact non hypnotisé, on lui présente un pinceau avec différentes couleurs, et on lui enjoint de traiter comme il les voit les différents points qu'on désire connaître. — C'est ainsi qu'on le voit, sans aucune sollicitation extérieure, s'il s'agit d'un barreau aimanté, mettre des colorations bleues au pôle nord et des colorations rouges au pôle sud ; — s'il s'agit des rhéophores d'une pile, les colorer d'une façon similaire, le bleu sur le fil négatif, le rouge sur le pôle positif, le jaune sur les bobines d'induction. En un mot, il rend visibles et apparentes une multitude d'actions fluidiques qu'avec les seules ressources de nos yeux nous sommes complètement incapables de reconnaître.

Au bout de quelques minutes, le sujet se sent fatigué et demande par signes qu'on lui remette les yeux dans les conditions normales. Il suffit alors de faire devant les yeux quelques passes dans le sens vertical pour rétablir l'état physiologique et amener la décongestion de la rétine ; ce dont on peut s'assurer au bout de quelques minutes par un nouvel examen à l'ophtalmoscope.

Cette aptitude des sujets hypnotisés à dépister des colorations qui échappent à nos yeux donnent une confirmation complète à la découverte de Dècle sur la polarité humaine. Le sujet hypnotique mis en action, l'être vivant peut être employé comme un réactif, pour révéler les différentes colorations qui existent à l'état normal chez l'homme, soit qu'on examine les organes des sens du côté gauche ou ceux du côté droit. — Ainsi, on peut constater que l'œil, l'oreille, les narines, les lèvres du côté droit dégagent des effluves rouges, tandis que l'œil, l'oreille, la narine, les lèvres du côté gauche, produisent des effluves bleus, — que l'intensité de ces effluves est proportionnelle à l'énergie des forces vitales, — qu'elle est atténuée considérablement dans le côté frappé d'une hémiplégie par exemple, et qu'elle est réduite des deux côtés à de petites lueurs chez les tabétiques chroniques, — et qu'enfin, chez les névropathiques, chez les hystériques des deux sexes, la coloration des effluves rouges du côté droit devient violette ; ce qui peut, dans certains cas, devenir un précieux élément de diagnostic.

LES SUICIDES-CLUBS

Par le Docteur COLLINEAU.

Craïova est une importante cité de Roumanie. Située sur la rive du Jiul, à 200 kilomètres de Bukarest, elle ne comprend guère moins de 23,000 habitants. Autrefois capitale de la basse Valaquie, cette ville est, actuellement, une préfecture et un chef-lieu de département.

On vient d'y découvrir l'existence d'une Association d'hommes pour la plupart dans la force de l'âge, riches, instruits, intelligents, en un mot, paraissant jouir de tous les éléments du bonheur. Or, sous l'impression d'un invincible dégoût de la vie ils s'étaient assemblés dans le but exclusif de combiner leur suicide, à loisir et de concert. Leur club comprenait dix-neuf membres. Plusieurs étaient encore de tout jeunes gens : des cadets de l'Ecole militaire. Périodiquement, on se réunissait pour tirer au sort le nom de celui à qui serait donnée la joie suprême de rentrer, de son propre chef, dans le néant. Cinq d'entre eux, à court intervalle, se sont successivement frappés : Chez aucun, à l'heure fatidique, l'instinct de la conservation n'a parlé. Sans violence, sans émotion, sans amertume, avec un calme parfait, chacun, à tour de rôle, a froidement répondu à l'appel du sort.

Ce n'est pas la première fois que la science a à enregistrer des observations semblables.

Il a, en effet, existé à Londres, un club du même genre auquel seuls étaient admis à se faire inscrire ceux qui étaient en mesure de fournir la preuve d'une détermination bien arrêtée. Avant tout, en effet, le récipiendaire devait remettre entre les mains du président, en manière de testament, une déclaration formelle à cet égard. Pour comble d'ingéniosité, en prévision peut-être des hésitations de la dernière heure ; mais surtout afin de prévenir tout scandale et d'éviter de donner l'éveil à la police, c'était sous la forme apparente d'un accident et non par l'exécution d'un acte personnel que le sujet recevait la mort.

Dispositions prises, une partie de cartes s'engageait.

Le gagnant était celui qui allait mourir. Il recevait de ses collègues les félicitations les plus chaleureuses. Ensuite, on faisait fête. Et puis, il quittait le club, et une fois dehors, un moellon détaché, bien par hasard, d'un toit voisin, ou encore une lourde voiture lancée à fond de train, en le broyant, remplissait l'office. Une vingtaine d'exécutions se succédèrent de la sorte ; mais, à la fin, pris d'un salutaire effroi, un des membres de cette sinistre association, en dévoila le secret.

Dans sa thèse inaugurale (1), Prosper Lucas signale, comme ayant fonctionné au temps du Consulat, deux cercles analogues, l'un à Berlin, l'autre à Paris.

Celui de Berlin se composait de six personnes qui, après maints efforts pour faire des prosélytes, se suicidèrent tour à tour. Plus nombreux, celui de Paris, comprenait douze adhérents. Les choses s'y passaient sous une forme démocratique, par voie de suffrage. Chaque année, de même que dans la plupart des Sociétés on nomme un nouveau président, on élisait celui à qui reviendrait l'honneur de se donner la mort.

Certes, ils sont fréquents dans l'histoire, les exemples de collectivités humaines formées dans l'intention expresse de courir, ensemble, au trépas.

— Au Bengale, des siècles durant (si tant est qu'à notre époque même la coutume ait disparu), à l'occasion des fêtes du Tacconal, c'est par centaines qu'on a vu les croyants se précipiter sous les roues du char à trois socles superposés au sommet duquel trône et est processionnellement promené le fétiche.

— En Chine, l'empereur Chi-Koung-ti brûle les livres sacrés de Confucius. De désespoir, cinq cents d'entre les nombreux adeptes du philosophe s'assemblent, et de concert vont se jeter à l'eau.

— Après la prise de Josaphat, Flavius Josephe, gouverneur de la forteresse, se réfugie avec quarante Juifs dans un souterrain. Soudain un impérieux appétit de mort les

(1) Prosper Lucas, *De l'imagination contagieuse*, p. 32, §§ VI. Thèse 1833. Paris.

poinct. Les arracher à leur funeste fascination est impossible. Tous à l'exception d'un seul qui se laisse persuader, ils s'entr'égorgent avec rage sous les yeux de leur chef.

— A l'Académie des Comourants dont, après la défaite d'Actium, Marc-Antoine et Cléopâtre étaient devenus les inspirateurs, on n'avait d'autre souci que celui d'en finir de compagnie et par les procédés les plus doux.

— Au moyen âge, à la faveur de l'*Acedia*, l'*Accidia*, l'*Athumia* des moines, le suicide collectif se glisse dans l'ombre froide des cloîtres avec l'apathie et le découragement.

— La violence des persécutions au XVII[e] siècle fait son œuvre. A York, cinq cents Juifs condamnés à mort se tuent les uns les autres dans leur désespoir.

De nos jours, en certains pays, poussés par des mobiles d'ordre divers, on a vu s'immoler, à la fois, des populations entières.

— Pendant la terrible guerre qui, de 1859 à 1861 a ensanglanté la Chine, une ville tombait-elle au pouvoir de l'ennemi, sans atermoyer, fixés qu'ils étaient sur leur sort, les habitants en masse, se donnaient la mort (1).

— Au Japon, selon Charlevoix, (2), rien de commun comme de rencontrer le long des côtes des barques remplies de disciples de Boudha qui, après s'être chargés de pierres, se jettent à la mer, ou bien perforent le fond de l'embarcation et se laissent submerger tout en chantant les louanges de leur divinité favorite.

En Russie, dans les provinces éloignées des grands centres, les paysans victimes de souffrances dont ils ne s'expliquent pas l'origine, sont dans leur inconscience de l'état social qui les régit et dans l'obscurité de leurs notions frustes et obtuses de justice, enclins à subir l'influence des prédications enflammées qui, de temps à autre, viennent surexciter leur fanatisme.

Alors s'éveille en eux un sombre appétit de mort.

(1) *Correspondance de Shangaï*, 18 juin 1861.

(2) Charlevoix, *Histoire du Japon*, t. II, p. 69.

— C'est ainsi que dans le gouvernement d'Olowitz, on rencontre des tombes renfermant les ossements d'hommes, de femmes et d'enfants, s'étant simultanément et volontairement précipités par centaines dans les flammes d'immenses brasiers.

— Il y a quelques années à peine, un paysan des environs de Perm, Pierre Chadkine, soutenait dans ses prêches que l'unique moyen de sauver son âme consistait à fuir par le trépas volontaire, un monde irrémédiablement mauvais. Convaincus, bon nombre cédaient, et par groupes, revêtus d'un suaire, descendaient dans un caveau où ils attendaient patiemment la mort.

— Les adeptes d'une autre secte, confiaient au plus *saint* la mission de les asphyxier, tour à tour, sous des matelas.

Pour jeter, enfin, sur ce lugubre tableau, une nuance sereine, rappelons l'équipée de Chapelle, Molière, Racine, La Fontaine, Boileau, à la suite d'une des *diableries* (selon l'expression de Mme de Sévigné) dont ils étaient coutumiers à Auteuil. Une nuit, après souper, comme on sait, subjugués par le tour mélancolique qu'avait pris l'entretien, et l'esprit plus ou moins troublé par les fumées des vins généreux, ils avaient pris, à l'improviste, la résolution d'aller tous ensemble et de suite se jeter amicalement à la Seine. Par bonheur l'un des convives, Molière, paraît-il (1), insinua qu'un exploit d'un tel éclat ne pouvait s'accomplir qu'au grand jour, *coram populo*. L'amendement fut adopté. Le jour brilla, et avec lui la lucidité des idées reconquit ses droits. On s'en tint à la théorie.

Si l'on fouillait plus à fond les archives, on trouverait, sans doute, des faits similaires à ajouter à ceux qui viennent d'être énoncés. Ceux-ci, toutefois, suffisent pour autoriser à établir entre les mobiles qui ont présidé au *suicide collectif* dans les différents cas relevés, des distinctions très précises.

Tantôt, comme chez les disciples de Boudha au Bengale et au Japon, comme chez ceux de Confucius en Chine, comme chez les paysans russes d'Olowitz, de Perm ou au-

(1) Paul Albert, *La littérature française au XVIII^e siècle*, 7^e édit., p. 244, 1886. Paris.

tres contrées perdues, c'est le fanatisme religieux qui donne la note dominante. C'est lui qui, à l'exclusion de tout sentiment étranger, inspire et bientôt impose un incoercible désir d'anéantissement.

Tantôt, comme pour les combattants de Josaphat, les victimes des persécutions d'York, les vaincus dans la guerre de Chine, c'est du paroxysme du désespoir que procède le détachement simultané de la vie et la résolution soudaine d'en finir sur-le-champ les uns par la main des autres, s'il le faut et si c'est là le plus sûr moyen.

Ailleurs — les Comourants en sont un exemple — la métaphysique exerce son influence troublante et funeste. Qui sait si, dans le lumineux projet des illustres commensaux d'Auteuil elle n'a pas, en raison des décevantes divagations auxquelles elle entraîne, joué un rôle prépondérant ?

Ailleurs, c'est de l'ennui que semble venir tout le mal. Sous ce rapport, au cloître et au club, les suicides collectifs ne sont pas sans analogie.

Ici, plus rien de cet emportement impétueux et farouche qui, au lendemain d'un désastre politico-social, irrésistiblement pousse aux extrêmes le désespéré. Plus rien de cette foi irraisonnée, mais ardente, qui brûle le fanatique et lui fait prendre les subjectives et irréalisables illusions de son dogme pour l'objective et inéluctable réalité. Plus rien de cette systématique scolastique qui, mettant le *pour* et le *contre* dans le plateau d'une balance folle, conduit pas à pas l'adepte aux conclusions les plus outrées et en désaccord le plus flagrant avec les lois de la nature.

Non ; au contraire, absence complète d'un objectif quelconque, fictif ou réel, d'ordre humain. Apathie, pour tout, indifférence pour tout, détachement de tout ce qui d'ordinaire passionne les hommes. Attraction unique, fascination véritable et comparable au vertige qui attire dans le vide sur un lieu élevé, attraction pour ce qui a trait à la mort. Voilà l'état d'esprit des hôtes désenchantés du cloître au moyen âge et du suicide-club en nos temps troublés.

La décision prise de quitter la vie, les dispositions sont arrêtées avec une lenteur et une régularité méthodiques. Le choix du procédé est fait avec discernement et maturité.

Des statuts élaborés avec réflexion réglementent l'exécution. On attend l'heure convenue sans impatience ni effroi. A-t-elle sonné ? C'est paisiblement, simplement, sans fracas ni efforts, sans trouble ni précipitation que — réalisation du seul et unique souci qui depuis un long temps ait hanté la pensée — la consommation de l'acte fatal s'accomplit.

Encore un coup, une seule condition mentale nous semble propre à déterminer de tels résultats : celle qu'a elle-même engendré un incurable, un universel ennui. Et cet ennui néfaste qui par degrés suggère une invincible horreur de la vie et une irrésistible attraction pour la mort, est indifféremment le fruit empoisonné de deux dispositions psychiques qui, au premier abord, ne paraissent avoir entre elles que des rapports disparates et contradictoires ; c'est, élevés à leur apogée, le mysticisme ici, le scepticisme là.

La concentration des facultés dans l'amour d'un Dieu qui n'a de caractères positifs, ostensibles et tangibles que ceux que veut bien lui prêter l'imagination ; le vide accablant (il ne tarde pas à devenir ostensible et tangible, lui) de la vie *dite* contemplative ; le sentiment du néant qui est la conséquence inévitable des méditations sans objet et de l'éloignement pour ses semblables ; l'incapacité radicale d'action et l'invincible apathie qui sont celles des excès d'abstinence, des pratiques ascétiques et de la sédentarité ; les terrifiantes pensées suscitées par la croyance aux fantastiques approches du démon, telles sont, pour résumer en quelques mots la belle description qu'en trace Brierre de Boismont (1), en s'appuyant sur l'autorité des pères de l'Eglise, telles sont les circonstances qui ont, au moyen âge, amené en foule les moines au *Tœdium vitœ*, à l'abattement, au désespoir et à la mort volontaire.

Clement (2), pour citer un exemple du tour décevant qu'imprime aux pensées l'abus de la contemplation et des méditations mystiques, a soif de vérité et la vérité le fuit. « J'étais jeune, dit-il, je vivais dans la tempérance et la

(1) Brierre de Boismont, *Du suicide et de la folie suicide*, 2e Edition, p. 244 à 247, 1865, Paris.

(2) Clément. *Les Clémentines* (*Clementis romani quœ feruntur homiliœ viginti nunc primum integrœ prima homilia*), publiées par Albert Drevel 1858. Gœttingue.

chasteté et mon âme était retenue comme captive par la tristesse et l'ennui. Une pensée, j'ignore d'où elle m'était venue, m'obsédait : la pensée de la mort. Que serai-je après avoir vécu? Quelque chose ou rien? Un atome, un néant, sans mémoire de ma vie passée et perdu dans l'oubli où le temps ensevelit toute chose.... Le monde a-t-il été créé ? Avant d'être créé, qu'était-il ? S'il a existé toujours, toujours il existera. S'il a commencé, il doit finir. Et après sa dissolution qu'y aura-t-il, sinon le silence, l'oubli ou quelque chose peut-être que la pensée de l'homme ne saurait prévoir ? » Bref, découragé de penser, comme d'agir, il est près de succomber à la tristesse et de s'affaisser sous le poids de l'inertie et de l'amertume.

D'autre part, indépendamment de toute aspiration mystique, il est des natures inquiètes, rêveuses, mélancoliques, pleines d'elles-mêmes et incapables d'efforts, se repaissant de projets et défaillantes au moindre obstacle, égoïstes et vaniteuses, se fatiguant de tout et destinées à passer dans la vie de déception en déception.

Favorisés par la fortune, ceux-ci d'ordinaire commencent par se jeter dans tous les débordements. La sensibilité bientôt s'émousse. La fatigue prend, la satiété, l'indifférence s'élèvent jusqu'à la répulsion et au dégoût. Dans leur impuissance de volonté et de réaction, le sentiment du vide auquel est désormais condamnée leur existence, les exaspère et finit de les énerver. Pour eux, rien n'a d'attrait. Toute occupation suivie leur est à charge. L'espérance les fuit. Ils se sentent envahis par une tristesse indéfinissable et fatalement tombent dans un morne abattement. Seule, un temps, subsiste en leur esprit, une tendance marquée au paradoxe. Alors, on les voit à tout propos, et sous toutes les formes, faire parade d'un stérile et desséchant scepticisme.

Ce sont les candidats-nés aux *suicide-clubs* que ceux-là. Qu'il s'en ouvre un sur leur passage, et il y a grande probabilité qu'ils en franchiront le seuil d'un pas précipité.

« L'homme, dit Esquirol (1), a besoin de désirer. » Sans

(1) Esquirol. *Dict. des sciences médicales.* Art. suicide, t. 53, p. 227, 1821, Paris.

désirs, sans but, sans énergie, blasés sur tout, ils se réfugient de propos délibéré dans la mort et quittent la vie avec cette égalité d'âme, avec cette correction parfaite, dirions-nous presque, qui caractérisent le suicide des membres de ces funestes associations.

Qu'un regain de mysticisme se mette de la partie, et il jouera le rôle d'adjuvant pour assurer, pour hâter même le dénouement.

La présence, dans ces clubs, de jeunes gens n'ayant pas encore dépassé l'adolescence, a quelque chose qui étonne. Il ne faut pas pourtant perdre de vue que chez les sujets naturellement portés à la rêverie, c'est précisément à cet âge que la fatigue de la vie et le découragement, alors qu'ils viennent à opprimer l'esprit, le font avec la violence la plus tyrannique. Quant à la décision dont, pour être conséquents avec eux-mêmes, auront à faire preuve au moment fatal, ces décrépits prématurés, nul doute que les relations familières qui s'établissent entre gens prisant à un taux aussi inférieur la vie et la mort, n'exercent sur l'esprit et la détermination de chacun d'eux une sorte d'influence contagieuse, une influence dont l'effet est de les affermir dans leur lugubre résolution.

Ce qui les pousse, c'est bien l'*ennui*, le *tædium vitæ*. Or, l'ennui est un phénomène physiologique naturel. Physiologique, ce phénomène est, ici, le générateur d'un acte de nature identique. Le suicide, en pareil cas, est donc d'ordre physiologique et non morbide.

L'ennui, pour adopter la distinction tracée par Brierre de Boismont est ou primitif et originel, ou acquis et secondaire.

Secondaire, acquis, le dégoût de la vie est le contrecoup de circonstances adverses extrinsèques : revers, déceptions, misère, chagrins, maladies douloureuses et prolongées. Sourdement, il éclôt, puis grandit, puis subjugue.

Quand la coupe déborde, le malheureux, en mettant fin à ses jours, met fin à ses souffrances. Il le fait à l'heure où il est à bout de forces, isolément, et par le premier procédé qui lui tombe sous la main. Physique ou morale, c'est bien plutôt sa peine qui le torture que l'appétit de la mort. Le suicide, à ses yeux, est un moyen de soulagement ; non

un but vers lequel gravitent toutes les conceptions dont il est hanté. Celui là, sauf des circonstances tout à fait fortuites et exceptionnelles, sera fort peu enclin à entrer dans une association dont les statuts et règlements, tout en concordant avec son découragement, enchaîneraient, en une certaine mesure, sa spontanéité. Il entendra rester, jusqu'à la fin, seul juge du moment.

Primitif, originel, l'ennui est greffé sur un fond de mélancolie, d'incapacité d'action, d'apathie et de vanité. Sous les coups répétés du sort, tout à l'heure, une déséquilibration s'est produite. L'équilibre, à présent, semble n'avoir jamais existé. Ce « vague à l'âme », l'être le porte en soi. En soi, il n'a pas trouvé la force de le refrener ; la fermeté de la raison n'a pas su prendre le pas sur une sentimentalité malsaine ; si bien qu'à défaut d'un but viril à poursuivre, l'idée de se dépouiller de la vie s'est, par degrés, constituée le but souverain. C'est celui-là qui sera porté à mettre dans la réalisation de son but une irréprochable méthode. C'est celui-là qui, d'instinct, recherchera ses congénères, qui, s'il en trouve, s'empressera de se joindre à eux, qui goûtera dans l'élaboration concertée d'un programme en rapport avec ses aspirations, et dans l'exécution stricte de ce programme, la volupté sombre, la volupté unique qu'il soit, dans le vide qui l'accable, encore apte à éprouver. Sur 237 cas de suicide par dégoût de la vie, Brierre de Boismont (1) en a relevé 99 par ennui originel.

Pour statuer en dernier ressort sur l'état d'esprit des membres des suicide-clubs, il manque encore des informations de premier ordre. Quels sont leurs antécédents héréditaires ? Quelles sont les conditions constitutionnelles de leur personnalité ? Quel a été, dans le passé, leur mode d'existence ? Quelles influences mésologiques ont-ils subi ? Autant de lacunes.

En tête des questions qu'implique la solution intégrale du problème, se place celle qui a trait à l'éducation. *A priori*, tout porte à croire que celle qu'ils ont reçue a été détestable.

Eh quoi, voilà des hommes jeunes, valides, instruits,

(1) Brierre de Boismont, *loco citato*, p. 276.

fortunés pour la plupart, munis, en un mot, de toutes les armes nécessaires à la lutte pour la vie ; et ces hommes ne trouvent en eux de ressort que pour se concerter en vue de déserter le combat !

L'idée que se faisaient les mystiques du moyen âge de la mission de l'homme en ce monde était illusoire et fausse ; mais, enfin, ils en avaient eu une. Leurs chimères, par leur inanité, avaient, à la longue, fait leur désespoir ; mais ils avaient, au moins, le mérite de les avoir longtemps et énergiquement poursuivies. Sous le vaincu, on sent le combattant et l'on garde au vaincu le respect auquel il a droit. Chez nos *clubmen* macabres, au contraire, rien de semblable. Paresse d'action, plat égoïsme, vaniteuse ironie, indigence de pensée, incapacité radicale de résistance, voilà ce qui apparaît. De lutte, on ne trouve pas vestige. De la mission qui incombe à l'individu dans la collectivité, on les dirait absolument inconscients.

C'est donc qu'on ne leur a rien appris des droits et des devoirs sociaux ; c'est donc qu'ils n'ont aucune notion de la progressive évolution que poursuit l'humanité ; c'est donc qu'ils ignorent que chacun d'eux peut devenir un rouage modeste, il est vrai, mais éminemment utile pour le fonctionnement régulier de l'organisme social en son ensemble et que le premier devoir qui s'impose à l'homme est le devoir de vivre ; de vivre pour le bien des autres beaucoup plus encore que pour le sien.

Il est, dit saint Jean Chrysostome, trois grands moyens de combattre l'ennui : d'abord ne pas se complaire dans la tristesse ; ensuite fuir l'isolement, avoir une famille ; enfin tenir les yeux fixés vers l'avenir et exercer une profession.

Si les enseignements des premières années avaient été empreints d'une fermeté plus grande, peut-être les dispositions natives à la rêverie, faute d'aliment, auraient-elles avorté ou tout au moins, avec l'adolescence, n'eussent-elles pas pris le caractère de la mélancolie sombre.

Si, à l'âge adulte, les joies austères de la famille ne tentent pas, ou que l'exercice d'une profession quelconque répugne, il y a dans l'étude des grands problèmes dont, à notre époque, l'humanité est tourmentée, un champ assez vaste pour fournir un but sérieux d'activité. Il y a de quoi

donner à un esprit primitivement ondoyant et inquiet une orientation décisive.

Tout en l'ornant, il aurait fallu, dès la prime jeunesse, l'accoutumer à comparer, réfléchir, penser, agir par lui-même en pleine liberté. En principe, le point faible c'était la suite dans la volonté. Ce qui n'avait pu éclore, c'est la conception d'un objectif utilitaire. Ce qui, donc, eut importé au premier chef, c'eût été de placer de bonne heure le sujet, face à face, avec le sentiment de sa responsabilité ; c'eût été de l'inciter avec adresse à faire dans un but impersonnel et utile, un emploi réitéré de sa spontanéité chancelante. De mal assurée, elle fût, par l'exercice, devenue plus ferme. Primitivement débile, sa puissance de réaction se fût par degrés fortifiée. Au lieu de demeurer inféconde et vide, sa carrière eut été fructueuse et remplie ; au lieu de s'affaisser dans le désenchantement et la tristesse, c'est dans le contentement et avec dignité qu'il eût vécu ; et il n'eût point été donner, tête baissée, dans le gouffre au fond duquel il s'est précipité, comme de gaîté de cœur.

DE LA DIFFUSION

DANS LES

DIFFÉRENTES RÉGIONS DE L'ENCÉPHALE

DES LÉSIONS CAPABLES DE PRODUIRE LES MANIFESTATIONS DE L'ÉPILEPSIE

Par MM. LUYS et AUGUSTE VOISIN.

(*Suite*).

V. La cinquième observation concerne un nommé C., atteint depuis quatorze ans de quatre à dix attaques d'épilepsie par mois.

Ces attaques étaient caractérisées par un bruit laryngé, la perte de connaissance, la chute à terre, un état de raideur générale, une teinte rouge de la peau comparable à la teinte du homard cuit, la flexion forcée des pouces dans les mains fermées, la convulsion en haut des deux yeux, du stertor et un sommeil consécutif ; la durée des attaques était de deux minutes.

La mort succéda à une série d'attaques, le 14 juillet 1868.

L'autopsie nous montra les lésions suivantes :

A l'union du bulbe et de la protubérance, on voyait au niveau des faisceaux des pyramides antérieures, et autour de la partie interne et antérieure des corps olivaires, deux bandes grisâtres d'une largeur de 1 millimètre. La partie la plus extérieure de cette bande était irrégulière, comme crénelée ; sa longueur totale était de 1 centimètre 1/2 ; une coupe du bulbe montrait, dans une région distante de 5 millimètres de la face antérieure, deux petites bandes excessivement étroites, de couleur légèrement café au lait, d'un demi-millimètre de large, horizontales d'abord, puis antéro-postérieures ; de semblables traînées ne se retrouvaient pas dans la protubérance ; ces traînées existaient juste au-dessous de l'entre-croisement des pyramides ; à la partie postérieure et moyenne, on trouvait une dépression ; les méninges enlevées, on trouvait la substance cérébrale qui était au fond de cette dépression, ramollie et d'une apparence albumineuse.

Dans le corps rhomboïdal de ce lobe, dilatations vasculaires et petites ecchymoses autour de ces dilatations. La substance grise du cervelet était partout jaunâtre, pâle, et elle apparaissait comme à travers un nuage. Les méninges cérébelleuses étaient opalines en plusieurs points.

L'arachnoïde viscérale qui tapisse la face antérieure de la moelle, présentait en un grand nombre de points des épaississements calcaires de couleur blanchâtre, et même en un point, dans la région lombaire, la plaque était adhérente à la dure-mère et présentait sur sa face médullaire de petites saillies en forme de végétations ; on ne trouvait qu'une seule de ces plaques dans la partie postérieure de l'arachnoïde ; la moelle était un peu ramollie dans la partie dorsale.

A la partie antérieure du lobe droit du cerveau, l'arachnoïde présentait une plaque blanc-jaunâtre de 1 centimètre 1/2 de largeur sur 8 millimètres de longueur, de consistance fibroïde à la circonférence et crayeuse dans le centre, ressemblant aux plaques trouvées sur les méninges spinales.

A la partie postérieure et externe du lobe droit, on trouvait une tumeur du volume d'un pois, anguleuse, de consistance pierreuse, jaunâtre dans quelques points, qui tenait absolument aux méninges et qui s'était fait dans la circonvolution correspondante une loge, à la partie inférieure de laquelle elle avait contracté des adhérences avec la substance grise.

La face postérieure du quatrième ventricule présentait de nombreuses dilatations vasculaires et des suffusions sanguines autour de ces vaisseaux dilatés, surtout le long du pédoncule cérébelleux supérieur gauche.

Une partie jaune-rougeâtre du bulbe, mise sous le microscope, présente des cristaux d'hématine, des amas jaunâtres granuleux de forme irrégulière, quelques corps amyloïdes, des tubes nerveux normaux.

Une portion du corps rhomboïdal, examinée au microscope (80 diamètres), présentait des vaisseaux qui, à ce grossissement, paraissaient avoir 1 centimètre et demi de diamètre, qui étaient gorgés de globules et entourés de matière colorante du sang qui s'était épanchée autour d'eux.

L'examen microscopique d'une portion des pyramides antérieures, de teinte grisâtre, montrait un grand nombre de

cellules, couleur jaune-orange, due à la présence, dans ces cellules, de granulations (granulo-graisseuses) très nombreuses ; dans beaucoup de cellules le noyau n'est même plus reconnaissable. Beaucoup de ces cellules n'avaient plus leur prolongement, ni leurs conduits de communication avec les tubes ; ceux-ci avaient une forme très irrégulière en quelques points où l'on voyait des amas d'hématine ; plusieurs tubes nerveux apparaissaient variqueux ; quelques cellules et quelques tubes se montraient pourtant dans leur état entièrement normal. On ne voyait dans la préparation aucune fibre lamineuse ; les vaisseaux étaient apparus vides de sang, incolores, et sur le trajet d'un ou deux on voyait une zone granuleuse jaunâtre.

Sur une autre coupe, on trouvait au microscope, dans la portion grise, une teinte jaune-orange, qui avait à ce grossissement une longueur de 15 centimètres, et au milieu, quatre ou cinq amas d'hématine d'un rouge safran. Un de ces amas paraissait avoir à ce grossissement près de 2 centimètres.

On trouvait aussi des cristaux cubiques décolorés de fibrine.

Dans des points voisins de la partie grise, l'apparence du tissu nerveux était tout à fait normale, tandis que dans cette portion grise on trouvait, outre ces épanchements d'hématine, des cellules nerveuses infiltrées de granulations jaunâtres.

On ne trouvait nulle part de noyaux de tissu conjonctif.

RÉSUMÉ. — Cette observation montre, comme les deux premières, que des lésions du cervelet, des corps rhomboïdaux, amènent une altération profonde du bulbe dans les parties précisément où aboutissent les fibrilles des pédoncules cérébelleux inférieurs. Le microscope nous a appris ici que ces lésions sont de nature congestive et amènent à la fin un état avancé de dégénérescence ; en même temps, il nous a permis de constater que plusieurs cellules étaient altérées dans leur texture propre et dans leurs prolongements.

Ainsi que dans le troisième fait, la moelle ou plutôt les méninges spinales présentaient des altérations considérables

qui consistaient ici dans des plaques fibroïdes et calcaires, attachées à l'arachnoïde. Ces corps, que nous avons du reste trouvés chez d'autres malades que des épileptiques (1), ont été déjà signalés dans l'épilepsie par Esquirol.

VI. — La sixième observation a rapport à une femme âgée de 33 ans, épileptique depuis l'âge de 26 ans, sans cause bien déterminée.

Les accès étaient suivis de délire.

A l'autopsie, le diamètre transversal du cervelet était de 106 millimètres.

Le diamètre antéro-postérieur du lobe gauche du cervelet était de 61 millimètres.

Celui du lobe droit était de 59 millimètres.

La face postérieure du quatrième ventricule présentait une teinte louche, et en plusieurs points des dilatations vasculaires. Les olives étaient d'une fermeté ordinaire. La pyramide antérieure gauche offrait à sa partie antéro-interne une teinte grise, et de plus cette pyramide était à l'œil nu évidemment moins volumineuse que celle de l'autre côté; la mesure prise exactement donnait, en effet, pour la pyramide gauche une étendue antéro-postérieure de 2 millimètres, et une latérale de 3 millimètres, tandis que pour l'autre côté, les mesures étaient de 3 et de 4 millimètres et demi.

Dilatations vasculaires des corps rhomboïdaux ; teinte jaune de plusieurs folioles du cervelet.

Dans ce cas, mêmes altérations des faisceaux antérieurs, des pyramides antérieures que dans les observations I, II, V ; et de plus la dégénérescence avait pris la forme atrophique dans une pyramide.

VII. — La septième observation concerne une femme de 45 ans, épileptique depuis l'enfance.

Les attaques se produisaient deux ou trois fois par mois et étaient suivies quelquefois d'un état cataleptiforme qui durait vingt-quatre à trente-six heures.

L'autopsie faite avec M. Frémy, interne des hôpitaux,

(1) *Union médicale* de 1869 : Conférences cliniques sur les maladies mentales.

nous apprit d'abord que l'encéphale pesait 1160, que le diamètre transversal du cervelet était de 93 millimètres, que le diamètre antéro-postérieur du lobe droit du cervelet était de 55 millimètres, et celui du lobe gauche de 57 millimètres.

De plus, les méninges cérébrales étaient partout saines.

Les racines crâniennes étaient normales.

La protubérance et le bulbe étaient symétriques.

Les olives étaient très dures, et la droite surtout avait une consistance presque cartilagineuse.

Le bulbe étant séparé par une coupe de la protubérance, on voyait au point de section, à la partie la plus interne de la pyramide antérieure gauche, une teinte grise, sur une largeur de 1 millimètre et une étendue antéro-postérieure de 2 millimètres et demi ; cette teinte se continuait pendant un demi-centimètre dans la protubérance, suivant la ligne de prolongation des pyramides antérieures.

Même état se retrouvait à la face interne de la pyramide antérieure droite.

Les folioles du cervelet présentaient en un grand nombre de points une teinte jaunâtre et un aspect opalin.

Le corps rhomboïdal droit offrait plusieurs dilatations vasculaires et était plus coloré que le gauche.

En résumé, mêmes lésions dans ce fait que dans les observations I, II, V, VI.

VIII. — La huitième observation est celle d'une épileptique du service de M. Delasiauve dont j'ai fait l'autopsie avec M. Frémy, interne du service.

Les corps rhomboïdaux présentaient une coloration jaunâtre intense ; on apercevait dans le gauche une tache rougeâtre que l'on pouvait prendre pour une ecchymose, mais qui, au microscope, apparaissait constituée par de nombreux vaisseaux entrelacés les uns dans les autres et gorgés de sang ; à peu de distance de ce lacis on en voyait un autre.

La moelle allongée présentait à sa face postérieure plusieurs dilatations vasculaires, et sa portion ventriculaire était comme œdémateuse.

IX. — La neuvième observation a trait à une jeune épileptique de 14 ans, nommée Benegser, dont la mère est aliénée

Les attaques épileptiques étaient excessivement fréquentes et déterminèrent par leur répétition la mort de la malade.

L'encéphale pesait 1205 grammes. Le crâne ne présentait rien d'anormal.

Le diamètre antéro-postérieur du trou occipital était de 13 millimètres, et le diamètre transversal était de 18 millimètres.

Pas d'adhérences des méninges avec le cerveau.

La substance grise des circonvolutions cérébrales présentait un grand nombre de taches d'un blanc jaunâtre.

Un grand nombre de folioles du cervelet étaient décolorées ou d'un blanc jaunâtre.

Les faisceaux antérieurs du bulbe, mais principalement le gauche, offraient une teinte grisâtre qui occupait précisément la moitié externe de leur partie antérieure sous forme d'une bande de 3 millimètres de longueur et de 1 millimètre de largeur.

Le bulbe, et en particulier sa portion ventriculaire, présentaient plusieurs dilatations vasculaires.

En résumé, mêmes lésions du bulbe que dans les observations I, II, V, VI, VII.

Nous avons donc rencontré 6 fois chez ces 9 épileptiques des lésions des faisceaux antérieurs des pyramides antérieures qui nous ont paru marcher de pair avec des altérations des corps rhomboïdaux et des folioles du cervelet ; deux fois les corps striés étaient évidemment atteints, et la lésion occupait le corps strié du côté opposé au lobe cérébelleux malade, c'est-à-dire que si le lobe cérébelleux gauche était altéré, on trouvait des lésions dans le corps strié droit et réciproquement.

Il y a eu là, dans ces quelques cas, une sorte de trio pathologique qui concorde d'une façon satisfaisante avec les rapports physiologiques que nous pensons exister entre le cervelet, certains départements bulbaires et les corps striés.

Nous avons cru utile de signaler ces faits, qui, leur intérêt mis à part, nous semblent apporter un tribut à la physiologie pathologique de l'épilepsie, et par conséquent à l'art de guérir.

ASILE SAINTE-ANNE

—

DE LA FOLIE CHORÉIQUE

Par M. le professeur B. Ball (1)

M. le professeur Ball a signalé, dans une de ses leçons cliniques, les caractères des troubles intellectuels que l'on observe dans la chorée. Ces troubles sont peu connus et l'on s'accordait assez habituellement autrefois à croire que la chorée n'entraîne aucun désordre de l'intelligence ; mais il n'en est rien.

Marcé le premier a eu le mérite de montrer que l'on constatait chez les choréiques des troubles intellectuels spéciaux ; depuis, quelques auteurs, Russel, Arndt, L. Meyer, se sont occupés de cette question et l'ont fouillée dans toutes ses profondeurs. Mais, avant de parler de la maladie, M. Ball, suivant en cela une habitude constante, veut parler du malade au sujet duquel est faite cette leçon.

C'est un pauvre esprit, un type effacé au point de vue de l'intelligence et au point de vue de l'aliénation mentale ; mais il représente une classe nombreuse d'individus chez lesquels on trouve des observations plus dramatiques et plus intéressantes que la sienne et dont M. Ball va également parler.

Il s'agit d'un jeune homme de 16 à 17 ans, assez bien conformé au point de vue physique, mais qui présente, au point de vue des dispositions crâniennes, une imperfection évolutive ; assurément un crâne mal conformé peut renfermer un puissant cerveau ; mais chez ce jeune homme, le peu d'ampleur des dimensions crâniennes coïncide avec un état mental dont M. Ball va retracer les principaux caractères.

Cet enfant est né d'une famille en apparence saine ; on doit donc le regarder comme atteint d'une maladie absolument personnelle, sans racine dans l'arbre généalogique de sa famille. Dès son enfance il a été d'un caractère faible et émotif, très impressionnable et très mobile. Il a reçu à l'école une éducation fort ordinaire, mais dès le principe il a manifesté un caractère spécial. Doué de sentiments affectueux très développés, il montrait dès ses premières années une sensibilité

(1) *La France médicale*, mars 1886.

oxagérée, se mettant facilement en colère et pleurant au moindre reproche. Il était incapable d'opposer une résistance quelconque aux impulsions qui le sollicitaient. Plus d'une fois, tel de ses camarades n'a eu qu'à lui suggérer l'idée de voler pour qu'il mît à exécution cet acte si contraire à ses habitudes. A l'âge de 6 ans, à la suggestion d'un autre enfant, il a escaladé un mur pour aller voler du charbon. Au contraire, abandonné à ses propres sentiments, il a fait des actes très méritoires : il a déjà accompli cinq sauvetages. La dernière fois qu'il a retiré un enfant de la Seine, au sortir de ce bain involontaire, il a été pris d'un frisson, d'un grelottement prolongé, et il a eu beaucoup de peine à se réchauffer. C'est même depuis ce jour qu'il a présenté les troubles nerveux qui l'ont conduit à Sainte-Anne.

Il paraît avoir eu à cette époque du rhumatisme ; le fait est intéressant à noter, malgré l'insuffisance des détails. Ce qu'on peut au moins retenir, c'est que l'invasion de la névrose a coïncidé avec une vigoureuse impression de froid. C'est à partir de ce moment qu'on a vu en même temps se présenter des changements dans son caractère qui est devenu sombre, triste, taciturne et renfermé. Il est devenu en même temps incapable de tout travail.

Il y a peu de temps, se promenant dans la rue, il a vu passer devant lui des fantômes. Sa mère, femme très intelligente, l'a alors amené à notre consultation pour le faire entrer à la clinique. Depuis qu'il est ici, il n'a donné lieu à aucun reproche et il n'a présenté aucune hallucination nouvelle. Mais il faut plus de temps pour se prononcer sur la certitude d'une guérison.

Voilà donc un cas très effacé de folie choréique, offrant cependant les caractères que l'on attribue à cet état.

Tout d'abord, quand on étudie la folie choréique, il y a une question qui se présente et qui est très diversement résolue par les différents observateurs. La folie choréique est-elle fréquente ? L'opinion générale est que la plupart des choréiques conservent l'intégrité de leurs facultés intellectuelles. Mais si l'on pense à la singularité de leur caractère, aux ruptures d'équilibre qui se manifestent chez les individus de ce genre, on arrive à une proportion beaucoup plus forte. Cette proportion est d'ailleurs très variable d'après la statistique des divers observateurs. La statistique, dont on fait souvent un si grand abus, n'a rien à voir ici. Ce que les chiffres, en effet, ne sauraient montrer, c'est que dans ses formes légères la

folie choréique est très commune, tandis que dans ses formes graves, c'est une affection rare.

Tous ceux qui ont l'habitude de vivre avec des enfants atteints de chorée ont pu observer chez eux des bizarreries de caractère. Ils s'emportent au moindre motif, et il est très difficile de leur faire accepter la moindre remontrance. De plus, ce qu'on remarque chez presque tous, c'est le défaut d'attention ; il est presque impossible d'amener ces enfants à fixer leur attention sur un objet quelconque, ce sont de mauvais employés, de mauvais ouvriers, ce sont toujours des sujets difficiles.

M. le professeur Ball a eu l'occasion d'observer dans cette forme encore fruste des troubles intellectuels un fait assez remarquable.

Il s'agissait d'un jeune homme né d'un père cardiopathe, mort de sa maladie de cœur après avoir montré un caractère irascible, emporté, violent, changeant à la moindre occasion et toujours difficile à vivre. Notre malade était le fils aîné d'une nombreuse famille. D'autre part la mère était extrêmement jeune, et c'est là encore une prédisposition à certaines maladies de l'intelligence. Le privilège de l'aînesse doit être ici interprété à rebours.

Notre jeune homme avait vécu d'une façon normale jusqu'à l'époque de la Commune et à l'entrée des troupes dans Paris. C'est à cette époque qu'il avait perdu l'équilibre de son système nerveux ; sous l'influence d'une vive frayeur son caractère était devenu insupportable : il frappait ses frères, sa mère et son grand-père. Il lui était d'ailleurs impossible de fixer son attention sur aucun travail ; il avait dû quitter ses études ne pouvant plus les poursuivre. Son grand-père, employé depuis vingt-cinq ans dans une compagnie de chemins de fer, le fit entrer dans les bureaux, mais il fut bientôt renvoyé malgré l'estime qu'on avait pour le grand-père, non seulement parce qu'il était indiscipliné et grossier avec ses collègues, mais parce que, dédaigneux des règles de la plus élémentaire prudence, il courait sur la voie et s'exposait constamment à être écrasé par les trains. Un jour enfin, sans raison appréciable, il renverse dans la salle à manger la table toute dressée pour le repas. C'est alors que ses parents furent obligés de demander son internement dans un asile.

Ce dernier malade était un sujet d'abord assez distingué, remportant des prix à son école, quoiqu'il ait été bientôt forcé d'abandonner ses études ; mais ces troubles intellectuels se

présentent généralement chez des individus d'une intelligence inférieure, chez des dégénérés, chez des demi-imbéciles.

Au défaut d'attention que M. Ball signalait tout à l'heure vient se joindre l'affaiblissement de la mémoire. Telle était cette jeune fille dont parle Marcé et qui, sur trois commissions dont elle était chargée, en oubliait invariablement deux. La névrose dans ces conditions confine réellement à la maladie mentale.

Un grand fait que Marcé a eu le mérite de mettre le premier en lumière, c'est l'existence des hallucinations. La folie choréique est accompagnée de troubles hallucinatoires semblables en beaucoup de points à ceux des autres folies névropathiques ; mais il faut renverser ici la proportion habituelle dans les vésanies. Dans les folies vésaniques, ce sont les hallucinations de l'ouïe qui occupent le premier rang. Dans la folie choréique, au contraire, elles occupent le dernier. Il est rare de voir des hallucinations de la vue dans la folie ordinaire ; dans la folie épileptique, dans la folie hystérique, dans la folie choréique, au contraire, les hallucinations de la vue sont extrêmement fréquentes ; elles donnent souvent au délire un caractère terrifiant. D'autres sens peuvent également entrer en jeu ; on observe par exemple des hallucinations du sens du toucher ; ce sont des sensations de brûlures, des impressions pénibles de froid, des secousses électriques. Enfin quelquefois on observe des hallucinations érotiques, des troubles sensoriels de l'odorat et de l'ouïe.

Le malade est halluciné, il délire, il est entré par la grande porte dans l'aliénation mentale ; voyons donc maintenant quels sont les caractères de la folie choréique.

Il y a d'abord un premier point qui sépare la folie choréique des autres folies névropathiques. C'est qu'il existe un rapport intime entre les troubles de la motilité et les troubles de l'intelligence. L'individu atteint de la maladie comitiale a des convulsions pendant lesquelles le délire est moins fréquent. Souvent chez les épileptiques la crise convulsive est remplacée par le délire d'action. De même dans le cours d'une maladie la disparition des troubles moteurs est souvent le point de départ de troubles intellectuels. Dans la folie choréique, il en est tout autrement. Si l'on fait disparaître les accidents du côté de la motilité, on voit en même temps disparaître les désordres de l'intelligence ; ce point sert dans une certaine mesure à différencier la folie choréique des autres folies convulsives.

Il est certaines formes de chorée qui ont une influence plus manifeste sur les phénomènes intellectuels. Parmi les troubles choréiques qui peuvent jouer sous ce rapport un rôle prédominant, il faut accorder la première place aux troubles de la phonation, comme on les observe, par exemple, dans la chorée des aboyeurs. Les individus de cette catégorie sont déjà dans une certaine mesure plus prédisposés que les autres aux troubles de l'intelligence, mais il est des choréiques qui ont des phénomènes plus fâcheux ; ce sont les individus qui à chaque instant sont obligés de proférer des paroles plus ou moins étranges, sans que leur conscience y participe en aucune manière. Il y a quelques années, tout Paris a connu l'histoire d'une grande dame qui, dès qu'elle entrait dans un lieu quelconque, commençait par proférer les paroles les plus obscènes ; il lui arrivait à chaque instant d'exprimer les impressions qu'elle ressentait de la manière la moins voilée. Moreau (de Tours) fut un jour appelé en consultation près de cette dame qui l'accueillit immédiatement par ces paroles : « Médecin, tu pues.»

Cette dame, douée de beaucoup d'esprit et qui devait à son grand nom et à sa grande situation de ne pas être expulsée de la société dont elle faisait partie, disait elle-même : « Mes idées sont comme des chevaux emportés que je ne puis maîtriser. »

Il est incontestable que ces troubles de la phonation, quand ils existent, constituent une facile prédisposition au délire.

Il est une forme de chorée qui prédispose à la vésanie, comme il était facile de le prévoir : c'est la chorée hystérique.

Quelles sont, dans leurs principales manifestations, les formes que peut offrir la folie choréique ? On peut en admettre trois principales : nous avons d'abord la manie choréique ou l'excitation maniaque. C'est une forme dans laquelle l'individu présente une excitation vive, énergique et qui n'offre point comme la manie une sorte de tendance vers une direction quelconque.

L'individu se fait remarquer par l'incohérence de son délire et de ses idées agressives. Il veut frapper les autres et c'est sur lui-même qu'il portera ses coups.

La manie choréique proprement dite est une forme beaucoup plus grave qui peut quelquefois se terminer par la mort.

Une jeune femme, citée par L. Meyer, arrive de la campagne et entre en service ; elle est prise pendant quelques jours

d'accidents rhumatismaux, puis guérit. Un jour elle s'aperçoit qu'elle est de plus en plus maladroite, elle casse tous les objets qu'elle touche, enfin elle présente les symptômes de la chorée et on la fait entrer à l'hôpital ; mais elle est prise d'une fièvre vive et, peu après son entrée, se déclare un délire des plus intenses. Elle s'agite avec une violence excessive, on est obligé de lui mettre la camisole de force et, quelques jours après le début, il se produit une suppuration des parotides. Ce fut le signal de la cessation du délire et, quelques jours après, cette femme était complètement guérie.

Quand la mort arrive, on constate à l'autopsie de la méningite ou des points de ramollissement de certaines régions cérébrales. Comme dans tous les cas d'aliénation mentale, il existe aussi des cas absolument frustes dans lesquels on ne trouve aucune lésion.

En outre de ces deux terminaisons par la guérison ou par la mort, il en est une autre, la stupeur. Les deux premières formes peuvent d'ailleurs tourner graduellement vers la mélancolie et la stupeur. Alors on voit les facultés baisser peu à peu et, lorsque cet état se prolonge, le malade entre sans secousse dans la démence permanente. Mais cette terminaison n'est pas la plus commune et presque tous les choréiques en état de stupeur arrivent peu à peu à la guérison.

On discute aujourd'hui les causes de la chorée. Comme pour toutes les autres maladies, les bases de nos connaissances sur ce point ont été fortement ébranlées. Cependant, si l'on veut admettre les rapports de la chorée et des affections rhumatismales, on devra aussi reconnaître que c'est dans ces cas que la folie choréique est la plus commune.

On a aussi invoqué des embolies cérébrales. Certaines embolies ont été constatées dans ces cas, mais le nombre en est trop peu considérable pour qu'on puisse en faire la base d'une théorie générale.

M. Ball rappelle toujours dans ses leçons l'immense influence de l'hérédité, mais la folie choréique est moins en rapport avec un vice héréditaire que les autres formes de vésanie. M. Ball signale enfin l'influence de quelques maladies générales et de toutes les causes qui peuvent déprimer l'organisme. Un dernier point sur lequel le professeur tient à insister, c'est que si les défaillances physiques ont une influence sur la production de ce délire, à plus forte raison les défaillances de l'esprit sont-elles des causes prédisposan-

tes. La plupart des malades atteints de folie choréique sont des faibles d'esprit, quelques-uns même sont des idiots.

Ludwig Mayer a fait cette remarque : on sait que chez les choréiques il existe des troubles de la sensibilité, des hyperesthésies, une tendance à l'exagération des actes réflexes, chez beaucoup d'autres on peut exciter les mouvements choréiques par des attouchements des extrémités inférieures ou de la région cervicale. On sait aussi qu'il existe chez eux une sorte de lieu d'élection pour ces phénomènes de sensibilité.

D'autre part on connaît la valeur attribuée à ces cellules idéatrices que Rindfleisch appelle le « saint des saints » ; une excitation portée sur les cellules motrices, lorsqu'il existe un état nerveux qui prédispose aux affections de cet ordre, peut troubler leurs fonctions. Supposons que l'intelligence soit faible, qu'il y ait une prédisposition morbide et l'on aura l'explication de ces troubles intellectuels qui éclatent sous l'influence d'une exagération de la motilité et surtout de l'excitation réflexe.

Cette théorie vaut ce que valent les théories en général : elle peut expliquer certains faits, mais il y en a un grand nombre qui lui échappent.

Il n'en est pas moins vrai que les idées théoriques ont contribué à poser des règles qui ont donné des résultats exacts au point de vue du traitement. Les centres nerveux sont surexcités ; il se présente donc trois indications. D'abord il faut dépenser cette force en excès, telle est la première indication ; elle s'applique à presque toutes les formes d'aliénation mentale ; il faut exercer les sujets, leur faire dépenser la force qui déborde dans leur vase cérébral. Il ne faut pas craindre non plus d'exercer, dans une certaine mesure, leur intelligence, c'est dans ces formes qu'on a obtenu de bons effets d'un travail intellectuel modéré.

OBSERVATION D'UN CAS D'ANESTHÉSIE PAR L'HYPNOTISME

POUR L'EXTRACTION DE DEUX DENTS

Recueillie par M. MAURICE HIVERT *à l'hôpital de la Charité, dans le service de clinique dentaire du* Dr ANDRIEU (1).

Voici un cas très intéressant d'anesthésie par l'hypnotisme que nous avons observé à la clinique dentaire de la Charité dans le service du Dr Andrieu et qui montre jusqu'à quel point l'insensibilité peut être obtenue par ce moyen, chez certains prédisposés.

Il s'agissait de l'extraction de deux dents, 1re et 2e multicuspidées inférieures du côté droit, dont les couronnes étaient entièrement détruites et dont l'une était particulièrement douloureuse par suite d'un commencement de périostite alvéolo-dentaire aiguë.

Mlle Pauline Besombes, âgée de 18 ans, en traitement dans le service du Dr Luys pour une maladie nerveuse, fut amenée à la clinique du Dr Andrieu, pour l'extraction de deux dents, par le Dr de Grandchamp qui proposa de l'hypnotiser, tout en faisant observer que cette jeune fille qu'on avait l'habitude d'endormir à l'aide d'un appareil, allait l'être pour la première fois par une autre méthode et sans le secours de cet appareil.

Une fois la jeune fille assise sur le fauteuil dans la position voulue pour l'opération, le Dr de Grandchamp commença par la regarder fixement dans les yeux en lui disant de ne songer qu'à dormir ; puis, lui pesant doucement l'index et le pouce d'une main sur les paupières pour les fermer, il exerça pendant deux ou trois minutes une légère compression sur les globes oculaires ; il termina par quelques passes faites de haut en bas, avec la main libre, sur le front.

Un léger frôlement pratiqué sur le poignet ne provoqua pas la réaction ordinaire de la léthargie.

L'avant-bras fut soulevé et resta dans la position où le docteur le mit. Le sommeil était complet. Le Dr de Grandchamp lui fit ouvrir la bouche par imitation, et dit au Dr Andrieu qu'il pouvait opérer.

Les deux dents furent extraites sans le moindre tressaillement de la part de la patiente ; et cependant l'opération présenta quelque difficulté, car l'une des dents, la 2e multicuspidée, celle qui n'avait pas de périostite alvéolo-dentaire, avait les racines

(1) *Revue Odontologique*, juin 1878.

divergentes, et il fallut écarter considérablement la paroi alvéolaire buccale pour l'extraire.

Le Dr de Grandchamp, avant de la réveiller, lui dit : « Vos deux dents sont extraites ; en vous éveillant vous ne ressentirez aucune douleur, et vous remercierez le Dr Andrieu de son obligeance » ; puis il souffla sur les yeux, ce qui dissipa immédiatement le sommeil.

La première parole de la patiente fut : « C'est fait ? quel bonheur ! » et elle exécuta ponctuellement ce que le Dr de Grandchamp lui avait suggéré. Elle manifesta son contentement d'être délivrée de ses deux dents et surtout de n'avoir absolument rien senti pendant l'opération.

Dès qu'elle se fut rincé la bouche, le Dr Andrieu voulut rapprocher les chairs, et, en examinant le siège de l'opération, s'aperçut qu'un léger fragment alvéolaire était détaché et ne tenait plus que par une faible adhérence à la gencive. Avec une pince à becs très fins, il saisit le fragment et l'enleva. Mais quelque bénigne et rapide que fut l'opération, elle provoqua une légère douleur, ce qui fut la preuve évidente que la sensibilité était revenue. En somme l'insensibilité par l'hypnotisme avait été obtenue sans difficulté, sans fatigue et avait été complète. Qui sait si l'avenir de l'anesthésie n'est pas dans l'hypnotisme.

BULLETIN MENSUEL

DE LA

CLINIQUE HYPNOTHÉRAPIQUE DE LA CHARITÉ

Juin 1899

SALLE ANDRAL (femmes).

Malades anciennes

Eugénie B., 19 ans, couturière. *Nævus de la face traité par suggestion.*

La malade a quitté le service considérablement améliorée. Les dernières photographies prises montrent l'importance du résultat obtenu.

Deux autres *nævi* sont en traitement en ce moment dans le service, et les bons effets de l'hypnothérapie dans ce cas semblent donner des résultats très accentués.

Noémie S., (n° 8), 35 ans, cuisinière. *Hémiplégie droite.*

Cette malade a quitté le service très améliorée.

Mme veuve J., 28 ans, couturière. *Hystérie, action favorable des miroirs.*

Cette malade a suivi régulièrement son traitement, elle s'en est bien trouvée, les phénomènes émotifs se sont dissipés, et, se sentant mieux, elle a désiré sortir pour reprendre son travail.

Romaine G., 18 ans, lingère. *Hysterie.*

Cette malade a été soumise au traitement par les miroirs, elle a dormi au bout de 4 séances ; on a pu la suggestionner, elle s'est trouvée à la fin du mois suffisamment bien pour demander sa sortie.

Julia F., 24 ans. *Paralysie du diaphragme, hystérie.*

Cette malade a continué le traitement par le transfert. L'amélioration survenue s'est maintenue, et a persisté pendant tout le mois.

Au moment du départ, la guérison était complète, les mouvements d'abaissement du diaphragme s'opèrent avec grande régularité et avec force normale.

Malades nouvelles.

Félicie D., 42 ans, femme de chambre. *Vomissements incoercibles, intolérance gastrique depuis 5 mois.*

Malade depuis deux ans. La malade toujours très nerveuse n'avait cependant rien éprouvé comme accidents névropathiques jusqu'à cette époque. Bien réglée.

A la suite de fatigues excessives, des maux de tête se déclarèrent avec perte d'appétit. Cet état dura quatre mois. Légère amélioration quant à la céphalalgie ; mais localisation des crises douloureuses au niveau de l'estomac. Ces douleurs durent jusqu'en mars 1892.

A ce moment l'état s'aggrave. Elle a notablement maigri, et la malade devient incapable de garder quoi que ce soit. Dès qu'elle a mangé, les vomissements se produisent et il est impossible de les arrêter. Tous les moyens ordinaires de traitement échouent et en même temps les forces de la malade décroissent rapidement et l'amaigrissement augmente de jour en jour.

C'est dans cet état que la malade entre dans le service, le 2 juin. On commence le traitement par les transferts et dès les premières séances le mieux se manifeste.

Aujourd'hui 24 juin, la malade garde deux potages et deux œufs, ce qu'elle n'avait pu faire depuis cinq mois. On continue le traitement.

Il est à noter que, dans les premières séances, le sujet transfert à pris les vomissements de la malade avec une grande intensité ; par crainte de fatigue, nous avons dû modérer les courants et abréger les séances, tant les efforts du sujet étaient intenses.

A mesure que l'amélioration s'est opérée, les réactions du sujet transfert sont devenues moindres.

SALLE LOUIS (hommes).

Malades anciens.

Etienne C., 43 ans, journalier. *Etourdissement, vertige, céphalalgie continuelle.*

Ce malade a quitté le service complètement guéri en un mois de traitement par le transfert.

Louis W., 28 ans, emballeur. *Hystérie, somnambulisme, anesthésie, asthénie musculaire. Extériorisation de la sensibilité.*

L'amélioration de ce malade persiste.

L'appétit se régularise, il est plus lucide et cherche à s'occuper.

CONSULTATION EXTERNE.

Malades anciens.

Gabrielle H., 25 ans, sage-femme. *Amnésie, fatigue cérébrale.*

Cette malade a passé dernièrement, et avec succès, un examen très difficile. Les transferts ont donc eu une heureuse influence sur sa mémoire, et elle se plaît à reconnaître qu'elle a trouvé dans l'emploi de cette médication une ressource nouvelle qui lui a donné de la puissance mentale, et facilité l'exercice de la mémoire. C'est une femme intelligente qui se rend parfaitement compte de ce qu'elle ressent ; c'est le troisième cas que nous avons eu l'occasion d'observer, et qui nous démontre l'action sthénique spéciale qu'exercent les actions magnétiques sur l'activité intellectuelle, et l'emploi heureux que l'on peut faire de ce traitement dans certains cas de surmenage cérébral.

Malades nouvelles.

Amanda M., 22 ans, couturière. *Hystérie, traitement par la couronne aimantée.*

Mère nerveuse. Père bien portant.

Délicate dans l'enfance. A 12 ans, variole. Réglée à 14 ans, aux premiers symptômes, des accidents névropathiques ; à 16 ans, scarlatine.

A 19 ans, c'est-à-dire il y a trois ans, début des accidents par le symptôme de la boule, insensibilité générale, et crise très légère. Les crises ont augmenté et il y en a eu jusqu'à trois par jour.

Traitée par le bromure, les douches, la cocaïne, le chloroforme, etc., etc., sans résultat.

Amenée à la Charité (consultation externe), le 1er juin.

L'examen des yeux de cette malade ayant fait constater que l'œil droit, au lieu d'émettre des effluves rouges, n'émettait plus

que des effluves violettes, l'indication thérapeutique fut d'essayer de rappeler la coloration rouge physiologique à l'aide d'un aimant de pôle opposé. La couronne aimantée fut employée régulièrement avec pôle nord (bleu) à droite. Au bout de deux jours le sujet réactif nous révéla la réapparition de quelques points rouges dans l'œil violet; deux jours après, le centre rouge est complet. Seulement le rouge ne persista pas plus de quelques heures et le lendemain matin il avait disparu. On continua le même procédé de traitement. La malade se sentit débarrassée de ses sensations de boule à la gorge, l'estomac devint plus sensible, son mal était descendu là, disait-elle. On continue le traitement.

Marie J., 15 ans, couturière. *Claudication du membre inférieur droit, fausse coxalgie, traitement inutile par un appareil plâtré.*

Père et mère bien portants. Trois frères dont un très nerveux.

Bien portante jusqu'au mois d'octobre 1891. A cette époque le feu prit pendant la nuit dans la maison voisine de celle de la malade. On réveilla brusquement la malade en lui annonçant qu'il fallait vite se lever et se sauver. La brusquerie du réveil et l'idée du feu firent une telle impression que la malade fut très émue et le soir même, à la vue de la lumière, du délire se déclara. Le délire dura quatre jours, après quoi la santé revint peu à peu.

Un mois après la malade remarqua sur le genou une grosseur qui augmenta subitement dans la soirée. On traita cette affection par des vésicatoires et subitement la jambe se rétrécit sans cause appréciable.

Depuis ce moment, la marche devint impossible et la malade devait marcher à cloche-pied. Conduite dans un hôpital de Paris, un mois après, elle fut traitée par un chirurgien comme coxalgique et mise dans une gouttière plâtrée pendant sept semaines. Ce traitement ne produisit aucun résultat. On fit alors le passage en médecine, où un traitement par le massage fut institué après de vains essais d'hypnotisation mal faite.

La malade arrive à la Charité le 10 mai.

On commence le traitement par le transfert suivant la méthode de M. Luys, et dès les premiers transferts un mieux sensible se manifeste. La claudication, qui était considérable, a diminué rapidement ; au bout de 2 séances, la malade devint capable de monter l'escalier, puis de le descendre. Aujourd'hui 24 juin, la guérison s'affirme d'une façon très nette et tout fait prévoir que, dans quelques jours, elle sera complète.

Delphine P., 18 ans, ouvrière. *Nœvus congénital de la face avec déformation de l'oreille gauche.*

Le 3 juin, on a commencé le traitement. La malade, placée au miroir, a rapidement été hypnotisée et on commence le traitement par la suggestion. Nous tiendrons nos lecteurs au courant des résultats obtenus.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix Frères.

ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

PROPHYLAXIE DE LA MORPHINOMANIE

ET DE LA MORPHINO-COCAINOMANIE

Par le Dr CHARLES LEFÈVRE,

Interne des asiles de la Seine.

L'an dernier, dans ce même journal, nous avons consacré quelques pages à l'internement des morphinomanes et indiqué quelques moyens propres à arrêter la propagation de cette nouvelle contagion. Nous demandions une loi contre la morphinomanie et nous sommes heureux de constater que ce vœu ait eu quelque écho et que, même à l'étranger (1), cette idée ait gagné quelques suffrages. Sans avoir aucune illusion sur le vote définitif de ces articles de loi, nous croyons cependant utile de revenir sur ce sujet en complétant l'étude des moyens prophylactiques pratiques pour combattre la morphinomanie et la cocaïnomanie.

Nous allons chercher à grouper l'ensemble des entraves qu'il nous paraît nécessaire d'opposer aux progrès de ces intoxications pour empêcher les malades de se procurer l'un ou l'autre de ces deux poisons.

Pour être complet et donner une conclusion pratique,

(1) Lewin, *Berlin. klin. Wochens.*, 1892.

nous indiquerons sommairement de quelle façon les malades peuvent être isolés, et quelles sont les mesures les plus favorables à leur traitement et leur guérison, car la question de l'isolement ne nous doit pas être indifférente. C'est là précisément le point capital de toute cure sérieuse, et c'est de ses conditions mêmes que dépend tout le succès de la thérapeutique de la morphino-cocaïnomanie. L'isolement doit-il ou peut-il se faire dans une maison spéciale ? Peut-on le faire au domicile du malade, dans son intérieur, au milieu de sa famille, ou bien faut-il recourir à l'asile d'aliénés ou à la maison de santé officiellement soumise aux lois sur le régime des aliénés ?

Avant d'entrer dans le cœur de notre sujet, il n'est pas inutile de dire un mot d'une idée qui a beaucoup plus de vogue que de valeur. Nous voulons parler de cette fameuse persuasion morale tant vantée par laquelle certains moralistes croient pouvoir réformer l'humanité et empêcher sa chute dans la démence. Malheureusement, en morphinomanie plus qu'en tout autre matière, nous la croyons destinée à un échec à peu près certain. Les publicistes pleins d'idées généreuses, étalent avec force détails les récits affreux des drames quotidiens ; certains plus érudits réunissent en volume des cas exceptionnels et espèrent, par des exemples, effrayer quelques esprits faibles et leur montrer le péril. Les mettre en garde contre les préjugés qui circulent sur les prétendus enchantements et les rêves dorés que procure la morphine. Chercher par la publicité à jeter la crainte de la morphine dans les masses. Faire œuvre de propagande, agiter le spectre de la morphinomanie et de ses conséquences. Faire un tableau aussi noir que possible des symptômes terribles qui en sont le résultat. Annoncer la perte de la beauté, l'impuissance, la stérilité, l'affaiblissement des facultés, parler des douleurs terribles, de la démence, de la folie et de la mort avec une agonie lentement atroce, etc... Persuader à quiconque demande de la morphine qu'il deviendra morphinomane, parce qu'avec son tempérament il ne pourra résister à la tentation ; qu'il est peut-être un sujet ayant des prédispositions dont on a tant parlé.

C'est là un moyen dont nous ne nierons pas l'importance et la pensée généreuse. Mais, nous le répétons, il ne faut pas en exagérer la valeur, car nous sommes loin de le croire aussi efficace qu'il paraît devoir l'être.

En effet, la morphinomanie devient tous les jours plus commune et presque tous les médecins acquièrent l'expérience d'une maladie, il y a quelques années encore restreinte. Ils peuvent donc juger le mal que cause la morphine, et cette constatation les amène à une plus grande circonspection dans l'administration de ce remède. On a bien reproché aux médecins d'avoir été les premiers à développer cette nouvelle affection, aussi le nombre est faible aujourd'hui de ceux qui en donnent aussi bénévolement que jadis. Cette cause de morphinomanie tend donc à diminuer; mais malheureusement, ce n'est pas la plus terrible, la plus fréquente. C'est l'imitation, c'est l'ardeur au prosélytisme des malades et la résistance de plus en plus faible des victimes qui constituent la véritable infection. Le médecin fera tous ses efforts pour détourner sa malade, mais aussitôt qu'il aura franchi le seuil de la maison, l'ami ou l'amie morphinomane reprendra toute son influence et promettra en quelques secondes le soulagement que n'aura pas procuré le docteur. La malade succombe et dès la piqûre faite, reprochera même à son médecin de l'avoir laissé souffrir si longtemps. Et ainsi de suite, les plus timorés cèdent en face de la douleur occasionnelle et la propagande morale est bien vite laissée de côté. Le repentir succède à cet acte de faiblesse, on regrette de l'avoir commis, on reconnaît qui des deux conseillers avait raison, mais le mal est fait, et l'impulsion pousse toujours la victime à la répétition de ses piqûres. Bien plus, après avoir maudit la morphine, notre nouvelle malade n'hésitera pas à la préconiser, elle aussi, pour un cas semblable au sien.

L'influence morale est bonne, très bonne, mais insuffisante. C'est pourquoi nous sommes partisan convaincu de moyens énergiques. La fermeté la plus grande est seule de mise en face de cette invasion aux formes multiples et aux attraits si pervers.

Malgré notre préférence pour les mesures répressives que nous allons exposer, nous ne pouvons nous empêcher de

conseiller cette moralisation contre la morphine. Bien plus, nous serions heureux de voir se créer à Paris des Sociétés contre l'abus des narcotiques analogues à celles qui existent à l'étranger. Ce vœu, dont un publiciste distingué, M. Kimon (1), nous a parlé plusieurs fois, se réalisera peut-être un jour et nous serons le premier à applaudir et à participer à sa réalisation.

Il serait bien plus logique et infiniment plus utile de se liguer contre la morphine et la cocaïne, que de faire tant de bruit autour du tabac dont la nocivité n'est pas comparable à celle de nos poisons. On pourrait étendre cette croisade à tous les autres narcotiques dont on abuse tant et qui sont également tous dangereux.

Le haschisch n'est pas moins funeste ; c'est, comme on le sait, une des grandes plaies de l'Egypte et de toute la côte barbaresque. En Algérie et en Tunisie, les marchands de haschisch, mal surveillés ou tolérés par la police, font de rapides fortunes. La pernicieuse habitude est surtout répandue dans les régiments de tirailleurs algériens. C'est de Salonique et de Livourne que les mains israélites expédient à Tunis, Alger, Tanger, la substance toxique.

Il faut considérer, d'autre part, que dans la phase actuelle de l'humanité, avec les communications rapides, les échanges incessants, un mal se propage presque irrésistiblement d'une extrémité du monde à l'autre. La spéculation, insatiable, vient encore faciliter l'expansion de tout vice, d'où elle peut tirer la richesse à grands flots. Pour le marchand d'opium, ouvrir un nouveau pays à la consommation de sa drogue est une œuvre aussi légitime que l'extension d'un commerce de mousselines ou d'indiennes. De même, le vulgaire, le criminel trafiquant de morphine, se fait un jeu de dégrader l'intelligence de celui qui lui achète le poison au poids de l'or.

Comment remédier à un tel mal ? N'y a-t-il pas là, par la force des choses, à raison de la puissance de l'envahissement morbide, un grand, un immense problème international ? Si des hommes prévoyants, capables de se dévouer à une grande cause, n'ont pas l'énergie d'aborder ce problè-

(1) *Petit National*, avril 1892.

me, il s'imposera un jour de lui-même, au milieu des ruines physiques et morales qui se seront accumulées, et il faudra bien l'examiner, l'approfondir, formuler les moyens de répression et les appliquer avec une incroyable fermeté.

Pourquoi la France laisserait-elle échapper cette occasion d'une haute et utile initiative? Déjà, une agitation s'organise en Angleterre, sous l'influence de la Société pour la suppression du commerce de l'opium (*The Society for the suppression of the opium trade*) et de l'Association Abkari (*Anglo-Indian Temperance Association*) ; un meeting a été tenu à cet effet le 4 décembre 1891.

Pourquoi nous laisserions-nous devancer? nous devons nous mettre à la tête de ce mouvement philanthropique et l'heure est venue d'entreprendre cette œuvre de morale et de santé publique, dont les effets s'étendraient au loin et dont l'honneur rejaillirait sur la France.

Il est évident que les lois qui régissent la délivrance des médicaments sont suffisantes et que le rappel à leur observation stricte est de toute nécessité. Les pharmaciens, scrupuleux de leurs devoirs, ne se prêtent plus guère aux complaisances anciennes, en présence des faits qu'ils observent, car ils sont placés au premier plan pour savoir toute l'étendue de ce fléau moderne. Ils connaissent mieux que personne le nombre toujours croissant des tributaires de la morphine et, s'ils pouvaient se concerter, c'est d'après leurs chiffres que l'on pourrait établir la statistique la plus proche de la vérité. Aujourd'hui, il y a encore des pharmaciens qui abusent des malades, ils sont peu nombreux à la vérité ; mais s'ils le font, encore ont-ils une sorte d'excuse. En effet, s'ils se laissent encore séduire, c'est par ce seul motif qu'ils savent, que s'ils refusent de délivrer la dose demandée, des droguistes la donneront immédiatement. Les droguistes ne réclament point d'ordonnance de médecin, ils délivrent la morphine au poids commercial et n'ont aucune crainte, puisqu'ils ne sont sous le coup d'aucun article du Code.

Aussi le Congrès de 1889 a-t-il sagement fait d'émettre le double vœu suivant :

I. — Les droguistes et les fabricants de produits chimiques et pharmaceutiques ne peuvent vendre de la morphine

et de la cocaïne qu'aux pharmaciens ; la livraison des toxiques ne peut avoir lieu qu'à domicile.

II. — Les pharmaciens ne peuvent exécuter qu'une seule fois, à moins de mention contraire inscrite par le médecin, une ordonnance contenant de la morphine et de la cocaïne.

Malheureusement, ces vœux, excellents en principe, sont restés stériles jusqu'aujourd'hui. Excellents en principe, disons-nous, parce qu'ils sont incomplets et insuffisants.

Pourquoi n'avoir pas étendu cette mesure prohibitive aux seringues de Pravaz ? Pourquoi laisser ces instruments dans le commerce ? Pour se faire des injections hypodermiques, il faut une solution et une seringue. Dès lors, il nous semble logique de faire porter l'interdiction et sur la substance toxique et sur l'instrument qui sert à son administration. Que les fabricants d'instruments n'aient le droit de vendre de seringues de Pravaz qu'aux médecins et aux seuls pharmaciens avec les mêmes prescriptions que l'article I sur la vente de la morphine et de la cocaïne. Aujourd'hui, une seringue cassée ou perdue est remplacée sur-le-champ. Le premier personnage venu peut en acheter partout ; bien plus, elle devient un article de bijouterie de luxe. C'est là un abus facile à réprimer en élargissant l'article I du vœu du Congrès.

Il ne serait peut-être pas inutile aussi de bien recommander à tous les médecins qui font un fréquent usage de la morphine, de ne jamais laisser ni seringue, ni solution, à la disposition d'un malade ou de son entourage. Il doit s'astreindre à toujours faire lui-même les injections hypodermiques qu'il prescrit et ne confier à personne le soin de les pratiquer en son absence. Il est évident que ces recommandations ne sont pas applicables aux malades chroniques dont nous avons parlé jadis et encore, serait-il peut-être plus sage de les modérer dans l'emploi du calmant !

La rédaction même de l'ordonnance de la part des médecins devrait être soumise à quelques règles spéciales.

Les ordonnances de morphine devraient porter une signature lisible. Ce point a son importance, car les faux noms sont si fréquents qu'il n'est pas inutile d'insister sur

ce point. Il est facile de contrefaire une signature et de la rendre illisible. Quel est le morphinomane qui n'a pas usé de ce stratagème ? Si le médecin, dont on veut imiter la griffe, a l'habitude de signer lisiblement, il y aura peut-être hésitation à faire un faux de la part du malade sous peine de se voir refuser ce qu'il veut obtenir. L'adresse du médecin sera nettement écrite ou, mieux, imprimée sur l'ordonnance, ainsi que la date de sa délivrance. A Berlin, toutes les ordonnances où figurent soit la morphine ou la cocaïne, sont refusées et non exécutées si elles ne sont présentées au pharmacien dans les vingt-quatre heures qui suivent la délivrance de la prescription. Pourquoi ne pas adopter cette mesure restrictive ?

Quant au renouvellement de l'ordonnance, il devrait être tout à fait interdit, car deux cas peuvent se présenter :

L'ordonnance est rendue au malade, qui peut alors aller chez un second pharmacien demander une seconde fois la dose prescrite.

L'ordonnance reste chez le pharmacien qui la conserve afin de pouvoir délivrer les médicaments à chaque réquisition si la mention « à renouveler » est inscrite par le médecin.

Mais alors le pharmacien est le seul maître et peut délivrer les médicaments plus ou moins fréquemment. Il peut se laisser attendrir par des malades qui veulent atténuer de quelques heures la période de privation. Il continue à délivrer la même dose ; s'il faut diminuer pour arriver à un moindre mal, il reste alors seul juge de la méthode de traitement à adopter ou, si on la lui a indiquée, observera-t-il la diminution progressive suivant le rythme prescrit ? Pour tous ces motifs, il nous semble plus logique de ne jamais renouveler les ordonnances de morphine ou de cocaïne.

Dans les grands centres, à Paris par exemple, à l'instar de Londres, il existe des morphineries, maisons analogues aux fumeries d'opium. Là, le client entre avec un initié et pour un prix donné, on lui met dans les mains une seringue toute pleine de la dive liqueur. Dans une salle spéciale il peut prendre quelque repos s'il en éprouve le besoin. Il peut rester étendu sur un sofa pendant tout le temps nécessaire pour ressentir les effets de sa piqûre. Il n'est même pas besoin de démarches : se trouvant attablé à l'un des ca-

fés qui avoisinent la place de l'Opéra, par exemple, il n'a qu'à envoyer au débit connu, le chasseur du café avec sa carte sur laquelle il demande la quantité qu'il désire. Ce domestique lui rapporte, quelques instants plus tard, tout ce qui lui est nécessaire pour satisfaire son penchant morbide. Nous avons assisté plusieurs fois à ces requêtes à distance. L'on vend des piqûres, des solutions à n'importe quel titre. Bientôt, si cela continue, on portera à domicile. Il n'y a plus qu'un pas à faire. Pourquoi ne pas fermer purement et simplement ces sortes de tripots ?

Un des moyens fréquents pour se procurer de la morphine, c'est de la faire venir de l'étranger. Ecrire chez un fabricant de produits chimiques, belge, suisse ou espagnol est chose facile ; quelques jours plus tard on recevra par colis postal, 100, 150 ou deux cents grammes de morphine. C'est dans ce cas, surtout, que nous croyons l'imposition tout à fait nécessaire. L'on viendra (1) nous dire qu'un droit sur la morphine ou la cocaïne est un moyen aléatoire. Nous n'avons jamais entendu dire qu'avec cet impôt on supprimerait le morphinisme. Non, certes, mais il est certain qu'on diminuerait, dans une notable proportion, le nombre des adeptes du culte. Si la morphinomanie devenait l'apanage de la classe riche, ce serait toujours un grand malheur; mais enfin, on aurait réalisé un progrès immense, en localisant le mal et en préservant le peuple et la petite bourgeoisie de ce fléau, car ces deux catégories qui, en somme, constituent les forces vives d'une nation, seraient à l'abri de cette dangereuse contamination. A ce point de vue, il ne faut pas être égalitaire. La morphinomanie conduit, de l'avis de tout le monde, à l'impuissance, à la stérilité, et il faut, par tous les moyens, essayer d'enrayer sa propagation. Si le peuple, déjà affligé de l'alcoolisme, prend goût à la morphine, l'on verra encore plus rapidement décroître le nombre des naissances. Se préserver d'un mal est une œuvre meilleure que d'être forcé, après constatations funestes, d'employer d'énergiques moyens de répression.

Nous savons fort bien que la morphine et la cocaïne sont

(1) Dr Ed. Toulouse. *Archives de psychiatrie*, 1892. Traitement des morphiniques.

des médicaments précieux ; mais cependant ils ne sont pas indispensables et l'on peut très souvent s'en passer dans certains cas ; on doit même leur substituer d'autres remèdes, chaque fois que cela est possible. L'on a bien imposé, et dans de très fortes proportions, l'alcool, qui cependant est d'un usage plus étendu. Tout le monde se sert d'alcool, sous une forme ou sous une autre. Il est surchargé de droits et l'on va encore augmenter ces droits pour combattre les ravages de l'alcoolisme. Veut-on attendre les ravages de la morphine pour prendre de pareilles mesures? Il sera trop tard, les protestations seront alors très vives et les législateurs plus embarrassés. Il y a une loi pour combattre l'ivresse, l'on veut en faire une sur l'alcoolisme, pourquoi laisser dans l'ombre le morphinisme? Nous reviendrons plus loin sur la nécessité de l'intervention législative à propos de l'isolement.

La loi sur l'ivresse n'est pas applicable à la morphinomanie ; mais cependant cette loi existe et elle existe pour un genre de faits qui sont beaucoup moins graves que les résultats du morphinisme. Nous sommes en présence d'un véritable péril social et nous sommes menacés d'un danger pire encore, la cocaïnomanie déjà si fréquente.

Il faut poursuivre aussi bien le morphinomane qui fait une piqûre à un ami, à un domestique, que le rebouteur qui estropie un naïf venu pour se faire guérir en cinq minutes d'une fracture de jambe. Il n'est pas besoin pour cette sorte de répression de créer une loi spéciale ; dans le code pénal, on pourra trouver les éléments nécessaires d'une instruction judiciaire contre le délinquant. On peut également agir contre le délit de provocation à la morphinomanie. Ce n'est pas, selon nous, un moyen illusoire et nous sommes convaincu qu'une bonne condamnation pour un délit de ce genre serait d'un effet très salutaire. Un exemple ferait réfléchir bien des personnes habituellement sujettes à cette coupable pratique.

En effet, comme le dit fort bien M. Guimbail (1), cet acte délictueux tombe sous le coup des articles 301 ou 317 du Code pénal. Cependant, nous ferons une restriction sur

(1) Guimbail. *Annales de psychiatrie*, 1891, p. 41.

le premier de ces articles. En voici la copie, et plus loin nous allons en discuter la valeur pour le cas particulier :

Est qualifié empoisonnement, tout attentat à la vie d'une personne par l'effet de substances qui peuvent donner la mort, plus ou moins promptement, de quelque manière que ces substances aient été employées ou administrées, et quelles qu'en aient été les suites.

L'article 317, paragraphe 4, contient :

« Celui qui aura occasionné à autrui une maladie ou incapacité de travail personnel en lui administrant volontairement, de quelque manière que ce soit, des substances qui, sans être de nature à donner la mort, sont nuisibles à la santé, sera puni d'un emprisonnement d'un mois à cinq ans et d'une amende de seize à cinq cents francs ; il pourra, de plus, être renvoyé sous la surveillance de la haute police pendant deux ans au moins et dix ans au plus. »

Evidemment, voilà bien des armes suffisantes pour venger le crime que commet un individu, morphinomane ou non, en empoisonnant son semblable. Cependant, il ne faudrait pas aller trop loin dans l'application de ces deux articles du Code, car la sanction pénale de l'article 301 est tout simplement la peine de mort. En effet, l'art 302 est ainsi conçu :

« Tout coupable d'assassinat, de parricide, d'infanticide « et d'empoisonnement sera puni de mort... ».

Il y a donc là une disproportion énorme dans ces deux pénalités, disproportion qui en rendra l'application délicate, car il n'est pas difficile de prévoir les longues discussions qui peuvent résulter des faits au point de vue de l'application de ces deux articles du code pénal.

Voici un exemple :

Il y a quelques mois, nous donnions des soins à M. X., morphinomane de vieille roche. Nous étions arrivé à ne plus lui donner de morphine, et pour calmer les douleurs intra-musculaires du craving, nous avions consenti à laisser approcher le masseur habituel de la maison. Le massage calmait, dans une certaine mesure, ses souffrances. Mais nous fûmes surpris de la courte durée des symptômes de l'abstinence et le surlendemain l'amélioration était telle que notre malade voulait se lever. Il était donc patent qu'il

y avait eu supercherie, la preuve ne nous en fut fournie que plus tard et notre malade ne voulut pas faire de poursuites judiciaires. Pour cent francs, ce misérable avait apporté une solution de morphine, et avait détruit en une minute tout le traitement si péniblement amené jusqu'à la guérison. Il fallait donc tout recommencer.

Voilà donc un fait d'escroquerie, d'abus de confiance compliqué, d'attentat à la vie, qui devrait être qualifié de crime d'empoisonnement. Ce masseur serait-il donc passible de l'art. 302 du Code pénal, c'est-à-dire de la peine de mort, ou bien devrait-on lui appliquer l'article 317 ?

Pour nous, il n'y a aucun doute, c'est de ce dernier qu'il est justiciable. Nous irons même plus loin dans l'appréciation de la généralité des faits délictueux de cet ordre. Nous ne pensons pas qu'il faille invoquer le premier article, nous croyons même qu'on ne doit pas en demander l'application. Il ne faut d'exagération ni dans un sens ni dans l'autre, et réclamer l'application de l'article 301 nous paraît aussi et même plus exorbitant que l'absolution complète.

Mais là où nous pensons devoir réclamer des pouvoirs publics une loi précise, énergique, c'est dans toutes les questions relatives à l'isolement des malades. Nous avons dit toute notre pensée au sujet de l'internement et, depuis un an, de nouveaux faits n'ont servi qu'à fortifier notre première idée. Nous avions exprimé l'espoir de voir se créer des établissements de démorphinisation et nous ne cesserons de les réclamer, mais encore faut-il que des installations de cette sorte puissent offrir toutes les garanties nécessaires et réaliser ainsi le vœu exprimé. En 1885, M. le professeur Grasset s'exprimait ainsi au sujet du lieu où il faut traiter les morphinomanes :

On ne peut séquestrer par force que les fous. Zambaco dit bien que la séquestration devient possible quand la résistance du sujet équivaut à un suicide. Je ne suis pas de cet avis et je ne crois pas qu'on puisse séquestrer un individu qui veut se suicider, s'il n'est pas fou.

Mais en dehors de cette séquestration forcée, dont je ne parle pas ici, il y a la question de savoir si on doit traiter le morphinique dans la famille ou hors de la famille. La réponse dépend des situations.

L'extraction de la famille est un excellent moyen de traitement de la plupart des maladies nerveuses ; c'est souvent la condition absolue du succès, dans l'hystérie en particulier. Si donc dans la famille du morphinique on ne peut pas créer une atmosphère de maison de santé, c'est-à-dire si les parents continuent à gouverner ou plutôt à céder au malade, si le médecin ne doit être le maître absolu et écouté de la vie entière de son sujet, de son hygiène comme de son alimentation, de ses promenades et de ses plaisirs comme de ses médications et de ses injections, il n'y a pas à hésiter ; il faut faire sortir le sujet de ce milieu funeste et le placer dans une maison de santé de névrosiques (je ne dis pas, bien entendu, dans un asile d'aliénés).

Si, au contraire, (ce que l'on obtient quelquefois), la famille est assez forte, assez intelligente et assez confiante pour constituer son intérieur en maison de santé, si le médecin est aidé et obéi de tous les parents, si on accepte la direction absolue et constante, il vaut mieux laisser le malade au milieu des siens, qui pourront même lui procurer, dans bien des cas, des distractions et des occupations impossibles à trouver dans la maison de santé la mieux organisée. »

Nous ne savons si, à cette heure, il n'a pas modifié son opinion ; mais, pour nous, il n'est guère d'illusions à conserver à cet égard. Le traitement à domicile, de même que le traitement à l'hôpital, est très difficile, presque impossible même. Nous ne reviendrons pas sur la question si oui ou non le malade doit être interné (1). Plus que jamais nous sommes persuadé de la nécessité de l'isolement du malade dans une maison spéciale.

Actuellement, il n'y a que la maison de santé et l'asile d'aliénés qui réalisent toutes les conditions désirables au point pratique du traitement de la morphinomanie et de la cocaïnomanie. Mais il y a contre ces sortes d'établissements de grosses objections.

Tant que l'on sera forcé de placer ces malades dans une maison de santé avec des aliénés, il ne sera pas possible de vaincre cette répugnance de vivre avec des fous. Les mor-

(1) D. Ch. Lefèvre. Internement des morphinomanes. *Annales* 1891.

phinomanes ne voudront pas être assimilés à ces derniers et nous ne devons pas ignorer le préjugé, stupide à la vérité, mais qui n'en existe pas moins, sur le caractère infamant de la maison de fous. Cette idée hostile aux établissements spéciaux ne fait que s'accroître depuis que la presse, qui veut se mêler de toutes les questions qu'elle ignore, a répandu le discrédit sur les aliénistes et les asiles qu'ils dirigent. C'est là un sentiment d'aversion contre lequel il est difficile de réagir.

C'est pourquoi nous réclamons, avec tous les médecins que cette question a intéressés, une maison spéciale, qui ne s'appellerait même pas maison de santé, et qui serait soumise à des règlements tout à fait spéciaux.

C'est dans ce cas que la loi dont nous avons parlé est nécessaire. Certains médecins ont pensé que l'isolement peut être pratiqué dans une maison spéciale en vertu d'un contrat réciproque entre le médecin et le malade, une sorte de certificat volontaire où le malade signerait lui-même son internement pour un délai déterminé préalablement. C'est là une mesure absolument dérisoire, qui n'a aucune sanction pratique. Ce contrat peut être déchiré aussi facilement qu'il aura été signé. Personne au monde ne peut forcer un homme à se priver, même momentanément, de sa liberté. Sur ce point le code civil est formel. Un morphinomane qui se sera interné pourra se soustraire quand il le voudra aux exigences du traitement qu'il se sera fait imposer.

Le médecin traitant ne pourra jamais retenir ses malades quand ils voudront sortir de sa maison ; que ce soit la douleur du craving qui les pousse à se dégager du contrat ou un autre motif, ils sont toujours libres et peuvent rompre leurs engagements par la seule expression de leur volonté, puisqu'il n'y a pas de loi qui permette de les retenir.

De plus, dans un établissement de cet ordre, la convalescence ne peut être assez longue. Il faut, pour assurer la guérison, conserver le malade à l'abri des tentations, et le meilleur moyen est de prolonger avec quelques adoucissements son isolement. Sans ce séjour supplémentaire, inévitablement il se produira une récidive, surtout s'il s'agit d'un cocaïnomane. En effet, si les morphino-cocaïnomanes paraissent souffrir, relativement, moins de la suppression de

leurs poisons que les morphinomanes purs, d'autre part, ils recommencent aussi avec une plus grande facilité.

Donc, nous le répétons, actuellement, il n'est pas possible de fonder une maison spéciale au traitement des intoxications qui soit autre chose ou qu'une maison de santé pour les aliénés, ou qu'un établissement d'hydrothérapie. Nous avons dit les raisons qui nous font repousser ce dernier mode de placement et nous venons d'énumérer les très sérieuses objections qui font hésiter à interner les morphinomanes, cocaïnomanes, éthéromanes...

Le salut pour eux est donc dans un moyen terme, c'est-à-dire dans ce refuge intermédiaire entre ces deux établissements, refuge où ils trouveront la guérison, et dont l'installation n'est possible que si les pouvoirs publics daignent s'occuper de cette question. C'est pour atteindre ce but que nous ne cesserons de répéter qu'une loi est urgente ; qu'elle soit spéciale à cette seule étude ou qu'elle se manifeste sous forme d'articles additionnels à la réforme de la loi de 1838, sur le régime des aliénés. Au risque d'être accusé de chanter toujours la même chanson, nous ne cesserons d'employer tous les moyens de propagande, pour arriver à ce but, persuadé que nous sommes de l'œuvre essentiellement humanitaire que nos législateurs doivent accomplir.

DE L'EMPLOI DES MIROIRS ROTATIFS

DANS LA THÉRAPEUTIQUE DE L'HYSTÉRIE

Par MM. Georges LEMOINE et Paul JOIRE (de Lille).

Le traitement par le sommeil hypnotique et la suggestion tend à s'introduire de plus en plus dans la thérapeutique spéciale des maladies nerveuses. On en a obtenu des résultats si satisfaisants dans un grand nombre de cas bien déterminés que les préventions que ce procédé avait fait naître, dans l'esprit d'un certain nombre de malades, sont complètement tombées. Nous voyons ceux mêmes qui avaient soulevé le plus d'objections à la généralisation de ce procédé thérapeutique, mieux éclairés maintenant, y recourir eux-mêmes et l'accepter sans difficulté.

C'est principalement dans les troubles nerveux d'ordre moteur ou sensitif, qui sont sous la dépendance de l'état hystérique, que le sommeil hypnotique et la suggestion ont été, jusqu'ici, employés avec le plus de succès, tandis qu'au contraire les troubles psychiques et les phénomènes neurasthéniques se sont presque toujours montrés rebelles à ce traitement. Nous avons observé récemment à l'hôpital de la Charité, de Lille, un certain nombre de malades, appartenant à la première catégorie, qui ont été traités avec succès par la méthode hypnotique et particulièrement par le sommeil obtenu au moyen des miroirs rotatifs.

Il ne faudrait pas croire que l'emploi de l'hypnotisme en thérapeutique soit de date absolument nouvelle. Alors que l'on n'avait pas encore étudié les différents phénomènes de l'hypnotisme, que l'on n'avait pas dissocié les différentes phases du sommeil qu'il provoque, et dont la connaissance permet maintenant de l'employer avec plus de facilité et d'efficacité, on n'avait observé que le phénomène le plus simple, le sommeil ; et la première idée fut d'obtenir par ce moyen l'insensibilité des patients dans les opérations chirurgicales. Cela avait d'autant plus de raison d'être qu'à cette époque on ne connaissait pas encore l'anesthésie par l'éther et le chloroforme.

C'est d'abord à l'étranger que nous trouvons l'emploi de

ce procédé. Un chirurgien du Bengale, le Dr Esdails, relate 270 opérations pratiquées sans douleur pendant le sommeil hypnotique. En France, Azam à Bordeaux et quelques autres employèrent l'anesthésie hypnotique dans les opérations chirurgicales. Le Dr Guérineau, de Poitiers, signale le fait d'une amputation de cuisse pratiquée de cette façon. Mais bientôt la découverte de l'anesthésie par l'éther et le chloroforme fit oublier ce procédé, qui ne s'était du reste jamais généralisé à cause de la difficulté de le mettre en pratique.

A côté de l'emploi de l'hypnotisme par les chirurgiens, il convient de signaler les observations beaucoup plus récentes de l'emploi de l'hypnotisme pour l'anesthésie obstétricale.

M. Dumontpallier publia, en 1887, une observation très complète d'accouchement pendant le sommeil hypnotique (1). Malheureusement, en France, les recherches ne furent pas poussées plus loin dans ce sens, ou les observations ne furent pas publiées, car c'est encore à l'étranger que nous devons aller chercher des travaux sur ce sujet, et c'est la clinique du docteur Karl Braun, de Vienne, qui fournit un certain nombre d'observations d'accouchement pendant la période léthargique.

Nous sommes beaucoup plus riches en observations d'affections nerveuses traitées avec succès par l'hypnotisme et la suggestion.

C'est surtout chez les hystériques que l'on trouve le plus souvent un emploi thérapeutique utile de l'hypnotisme, soit pour combattre les attaques convulsives de l'hystéro-épilepsie, soit pour faire disparaître les différentes manifestations de la grande névrose.

De nombreuses observations nous montrent les bons résultats que l'on peut en attendre dans le traitement des paralysies, des contractures, des névralgies hystériques. Les vomissements incoercibles, les insomnies, le mutisme hystérique ont été également traités avec succès par ce procédé.

Malgré les excellents résultats obtenus dans le traitement

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux. Séance du 25 mars 1887.

des maladies nerveuses par l'hypnotisme, il restait encore jusqu'ici de grands obstacles à la généralisation de cette méthode, et l'un des principaux était la difficulté d'appliquer ce procédé à tous les individus. On ne pouvait le mettre en œuvre que chez des sujets doués d'une prédisposition naturelle particulière, ou soumis à un entraînement suffisant. Il s'agissait donc d'élargir le plus possible le cercle des individus hypnotisables, ou de faire apparaître chez des sujets, en apparence réfractaires, certaines aptitudes hypnotiques qu'ils possèdent plus ou moins à l'état latent.

C'est ce problème important que M. Luys a résolu par sa découverte du pouvoir des miroirs rotatifs qui produisent très facilement le sommeil hypnotique en agissant tout à la fois par leur éclat des plus brillants et par leur mouvement régulier et continu.

Les avantages de ce procédé sont assez considérables ; nous allons les passer rapidement en revue.

Malgré l'extension qu'a prise, depuis quelques années, la pratique de l'hypnotisme, malgré la lumière qui a été faite sur cette branche de la physiologie pathologique et qui l'a dégagée des obscurités qui l'entouraient, tous ceux qui s'occupent de neuropathologie ont pu constater qu'il existe encore parfois dans le public certaines appréhensions lorsqu'il s'agit de soumettre un malade à un traitement de ce genre.

Par l'emploi des miroirs, toutes ces appréhensions mal fondées tombent d'elles-mêmes. Ici, en effet, on ne peut plus objecter la moindre apparence d'une intervention active de la part de l'opérateur. Le malade est mis en présence de l'appareil mécanique, comme il serait mis en communication avec les fils d'un appareil électrique. Le miroir agit sur les centres cérébraux du patient, comme le courant de la pile agit sur ses fibres musculaires. Il accepte la seconde, il peut donc bien accepter la première ; d'autant plus que l'appareil n'est pas effrayant et que son action s'exerce tout à fait en dehors de l'opérateur.

Il nous a toujours été très facile de faire accepter l'emploi du sommeil hypnotique par les malades les plus prévenus contre lui, et à l'avenir cette pratique ne pourra que se généraliser.

Quand il s'agissait d'endormir un malade par la méthode de Braid ou par tout autre procédé, les premières séances d'hypnotisation demandaient une perte de temps considérable ; imposaient au médecin une fatigue et une attention soutenue, toujours plus ou moins pénible (1). Uncertain nombre de sujets n'étaient qu'à moitié dociles, et se laissaient distraire ou opposaient une résistance plus ou moins consciente aux efforts tentés pour les endormir. Il fallait donc, à chaque instant recommencer, varier les procédés employés pour fixer l'attention et soutenir la bonne volonté et la confiance du patient. Si avec cela on avait affaire à des personnes peu sensibles à l'action des agents hypnotiques, il fallait commencer par se livrer à de longues séances d'entraînement, pendant lesquelles le traitement proprement dit ne paraissait pas faire un pas. Il arrivait parfois que le malade perdant patience mettait moins de bonne volonté à se soumettre à ce qu'on exigeait de lui ; la confiance qu'il avait dans le succès s'affaiblissait et il finissait par abandonner le traitement, au moment où il allait en retirer tout le profit.

Enfin, il est des malades qui présentent une difficulté très grande à être endormis, comme quand il s'agit, par exemple, de ces sujets que certains médecins seront tentés d'abandonner comme non hypnotisables, parce qu'ils n'auront présenté aucune sensibilité aux procédés hypnotiques ordinaires après plusieurs tentatives infructueuses. Ils sont cependant hypnotisables pour la plupart, mais cette faculté demeure chez eux à l'état latent ; et il est nécessaire d'employer des procédés à la fois plus délicats, plus sensibles et plus énergiques pour la faire apparaître.

On sait aussi la difficulté que l'on éprouve à endormir certaines hystériques, à cause de leur grande mobilité et de leur peu de bonne volonté.

C'est à cause de toutes ces considérations que nous trouvons que l'emploi des miroirs rotatifs, pour provoquer l'hypnotisme thérapeutique, est un progrès d'un grand intérêt pratique et présente une supériorité incontestable sur tous

(1) M. Luys a renoncé aux appareils à deux ailettes et se sert de préférence du miroir rotatif à une seule tête complètement recouvert d'une plaque de nikelé.

les autres procédés. Les quelques observations que nous allons donner à l'appui de cette opinion montreront de plus les résultats remarquables auxquels on peut arriver dans les cas les plus variés.

Est-ce à dire pour cela qu'il faudra employer exclusivement les miroirs chaque fois que l'on aura à provoquer l'hypnotisme. Evidemment non, c'est surtout dans les premières séances et pour obtenir un certain entraînement que leur emploi est avantageux dans beaucoup de cas. Plus tard, dans la suite du traitement, il sera quelquefois plus commode même et plus rapide d'employer un autre mode d'hypnotisation. Enfin, l'emploi exclusif des miroirs se trouve indiqué chez certains sujets et dans quelques cas que l'habitude et l'expérience acquise permettront de discerner.

L'appareil que nous avons employé dans les cas dont nous donnons ici l'observation est celui qui a été fait sur les indications de M. Luys et qui porte son nom. Il se compose d'une boîte renfermant un mouvement d'horlogerie destiné à mettre en rotation deux ailettes placées à la partie supérieure de l'appareil. Ces ailettes sont formées de pièces de bois présentant plusieurs courbures dans le sens de la longueur et dont les faces latérales sont obliques en haut. Sur ces faces sont appliqués, de distance en distance, et d'une façon assez régulière de petits morceaux de verre de couleur taillés à *facettes* et quelques petites plaques rectangulaires de verre garni de *tain*. Le tout est incrusté dans le bois des ailes et prend, sous l'inclinaison des rayons lumineux et par le mouvement de rotation, un éclat remarquable.

Les deux ailettes tournent en sens inverse et l'appareil d'horlogerie peut leur fournir un mouvement d'une durée de 30 minutes environ.

On fait asseoir le malade dans un fauteuil où il puisse se trouver commodément et appuyer la tête sans trop se renverser en arrière, et l'on place devant lui le miroir en mouvement à 60 centimètres environ, et un peu plus bas que la ligne des yeux, de façon que le regard tombe naturellement sur les points brillants.

Le regard est d'abord captivé par les rayons lumineux projetés par les ailes du miroir ; puis, peu à peu, et au bout

d'un temps essentiellement variable suivant les sujets, il se produit une sorte de fascination, les paupières se fatiguent, se rapprochent insensiblement et se ferment, la tête se renverse en arrière et le sujet dort d'un sommeil qui paraît le sommeil naturel, mais qui est réellement un état de petit hypnotisme.

Dans d'autres cas, chez des sujets plus prédisposés, pendant l'état de *fascination*, il se produit une secousse légère causée par la contraction brusque d'un muscle ou d'un groupe de muscles et le sujet tombe profondément endormi en faisant quelques inspirations profondes. Il est alors profondément insensible, dans la résolution complète, complètement *anesthésique*, et de plus, apte à recevoir les suggestions et à les exécuter. Il est en état de grand hypnotisme.

Observation I.

Tremblement hystérique simulant la paralysie agitante, datant de vingt et un ans, guéri en six jours par le traitement hypnotique au moyen des miroirs rotatifs.

Pierre V., âgé de 57 ans, entre à l'hôpital de la Charité de Lille, le 4 juin 1891. Cet homme est marié et exerce la profession de tisserand. Il entre à l'hôpital pour de violentes douleurs de tête et de la toux ; il a les membres du côté droit agités d'un tremblement continuel. Ce malade, qui n'est âgé que de 57 ans, a absolument l'aspect d'un vieillard. Pas d'antécédents héréditaires.

Personnellement, à part la syphilis qu'il aurait contractée en Afrique, cet homme s'est toujours très bien porté jusqu'en 1870. A cette époque, pendant la guerre, à la suite d'un combat dans lequel il fut fait prisonnier, il éprouva une grande émotion. Quinze jours après il commença à trembler du bras droit. Ce tremblement, d'abord léger, s'est accentué peu à peu et a toujours persisté. Bientôt le membre inférieur droit participa à un tremblement qui s'étendit à tout le côté correspondant.

Depuis quelques années, le tremblement s'est limité au membre supérieur, laissant presque indemne le reste du corps.

Il a toujours été grand consommateur d'alcool, sous forme d'absinthe en Afrique, de genièvre dans le Nord.

Il y a quatre mois, il a commencé à tousser. A la même époque, il fut pris de violentes douleurs de tête. Il a beaucoup maigri ; pas d'hémoptysies, ni de sueurs nocturnes, ni de points de côté.

Etat actuel. — L'appétit n'est pas bon, mais la digestion n'est pas difficile. Jamais de vomissements. Tendance à la constipation. Le malade tousse beaucoup ; l'expectoration, relativement peu abondante, ne présente rien de spécial.

L'examen des organes respiratoires permet de constater des signes d'emphysème pulmonaire et de bronchite aiguë.

Au cœur rien d'anormal. Les artères sont athéromateuses. Le foie est gros.

Le malade se plaint de céphalées violentes. Toute la région du sommet de la tête est douloureuse, sans qu'il existe de points où la douleur soit plus aiguë.

Pas d'hyperesthésie épineuse.

Le réflexe pharyngien est conservé. Le réflexe cornéen paraît un peu diminué. Le champ visuel est légèrement rétréci. Il déclare que depuis quelque temps sa vue baisse.

Au point de vue de la sensibilité, on trouve des plaques d'anesthésie sur le membre supérieur droit, au milieu de l'avant-bras et à la face antérieure du bras. Une autre à la partie droite du front.

Sur le reste du corps la sensibilité est normale.

Les masses musculaires des membres sont douloureuses.

Dans la marche, qui est assez bonne, le malade traîne un peu les pieds. Il tourne avec une certaine difficulté, se tient bien dans la station debout, les yeux ouverts ou fermés. On remarque quelques mouvements fibrillaires des muscles du mollet.

La langue est animée de mouvements fibrillaires.

Le bras droit est agité de tremblements marqués, presque rythmés, qui persistent à l'état de repos et qui s'accentuent quand le malade veut faire un mouvement.

La main gauche tremble un peu. Le membre supérieur gauche, à l'état de repos, est secoué d'un mouvement assez marqué, rythmé, qui s'accentue dans les gestes voulus. La direction générale d'un mouvement commandé est bien conservée, mais le malade n'arrive au but qu'après un certain nombre d'oscillations qui grandissent peu à peu à mesure que la main approche du but.

Les oscillations persistent au repos.

Le 22 juin, à 9 heures du matin, le malade est placé devant le miroir rotatif en mouvement, et, sans lui faire aucune suggestion, on le laisse ainsi 30 minutes en présence du miroir.

Il est dans une sorte d'état de fascination ; les yeux ouverts, fixes, dirigés sur les surfaces rayonnantes. Cet état appartient au petit hypnotisme.

Au bout d'une demi-heure, on lui fait la suggestion de dormir.

Ses yeux se ferment doucement et il se trouve dans un état qui confine à la phase somnambulique du sommeil hypnotique.

Pendant ce temps, on lui fait à plusieurs reprises la suggestion de ne plus trembler, de se trouver bien et de n'éprouver aucune fatigue au réveil. Au bout de dix minutes, on l'éveille par simple suggestion verbale.

Pendant cette première séance le malade a donc été soumis à trente minutes de simple fascination par le miroir rotatif; puis pendant dix minutes, à un sommeil plus profond, pendant lequel on a employé la suggestion ; en tout quarante minutes d'hypnotisation.

A son réveil, le malade déclare se trouver bien. Les mains et les bras *ne tremblent plus du tout* au repos. Dans les mouvements il y a encore un léger tremblement, mais qui n'est en aucune façon comparable à celui qui existait il y a une heure. On lui présente un doigt qu'il arrive à saisir d'une main comme de l'autre, sans hésitation et presque sans trembler. Pour sortir de la salle, il saisit le bouton de la porte avec une précision qui est remarquée par toutes les personnes présentes.

Rentré dans la salle, il ne tremble presque plus le reste de la journée, mais il se plaint toujours du mal de tête dont il est tourmenté depuis plusieurs semaines.

Le lendemain matin, 23 juin, nouvelle séance d'hypnotisation avec le miroir rotatif. On lui suggère le sommeil au bout de quelques minutes ; il s'endort avec la même docilité et plus profondément. On lui fait à plusieurs reprises la suggestion de ne plus trembler du tout et on y ajoute celle de ne plus souffrir de la tête.

Au réveil il ne tremble plus et déclare ne plus avoir mal à la tête. Désormais sa guérison est assurée, et telle qu'il peut maintenant manger comme tout le monde son potage qu'il lui était impossible autrefois de prendre à la cuillère. De même il boit facilement d'une seule main, alors qu'il y a deux jours, il devait employer toutes sortes de précautions pour porter à la bouche son verre à demi-plein.

Le lendemain et le jour suivant, 24 et 25 juin, nouvelle hypnotisation pour confirmer la guérison, qui du reste s'est maintenue complètement.

Le 27, le malade sort de l'hôpital, enchanté et ne regrettant qu'une chose, c'est d'avoir souffert pendant vingt et un ans d'une infirmité qui pouvait être guérie en trois jours.

Observation II,

Hypéresthésie de tout le côté gauche, datant de six mois ; névralgie du côté gauche de la tête et surdité datant de douze ans ; guérison par l'emploi du miroir rotatif et la suggestion.

Le sujet de la seconde observation est une femme nommée Sophie M., âgée de 63 ans. Cette femme exerce la profession de ménagère ; elle a été mariée quelques années seulement ; son mari est mort de tuberculose pulmonaire. Elle a eu trois enfants dont deux sont morts en naissant.

Elle est entrée à l'hôpital le 14 mai 1801 parce qu'elle éprouvait des douleurs dans la poitrine et dans tout le côté gauche du corps.

Son père et sa mère sont morts dans un âge avancé.

La malade n'a jamais été très robuste. C'est surtout depuis une quinzaine d'années qu'elle a commencé à être plus souffrante.

Elle tousse quelquefois, mais n'expectore pas ; elle n'a jamais eu d'hémoptysies.

L'appétit est nul ; il y a de la constipation. L'amaigrissement est considérable. On note des sueurs nocturnes et des points de côté.

Sa respiration est un peu haletante et rapide.

L'examen de la poitrine, sur lequel nous n'insisterons pas, révèle les signes d'une tuberculose au début.

Le cœur bat rapidement et fortement ; il n'existe pas de bruit anormal.

Notons seulement que, pendant l'examen de la poitrine, on a observé que tout le côté gauche est excessivement douloureux à la percussion.

Il existe chez cette malade une hypéresthésie considérable de tout le côté gauche, au point que la moindre pression, le moindre contact du bout du doigt sur le bras gauche ou sur un point quelconque du côté gauche du corps, lui fait faire un mouvement involontaire et presque pousser un cri. Elle a un soubresaut et se retire vivement, affirmant qu'on lui fait mal.

Cette hyperesthésie date de six mois.

Depuis douze ans, la tête est le siège de violentes névralgies, plus prononcées à gauche, mais existant aussi à droite.

Des points névralgiques existent aussi sur le côté gauche du tronc.

Enfin, au membre inférieur gauche, on trouve quelques points

de sciatique : point d'émergence, point *ischio-trochantérien*, point malléolaire.

Depuis une douzaine d'années qu'elle souffre de douleurs névralgiques dans la tête, l'ouïe a diminué considérablement du côté gauche. Il faut élever notablement la voix pour se faire entendre. La montre n'est pas entendue, même à une distance de quelques centimètres de l'oreille gauche.

Le réflexe cornéen et le réflexe pharyngien sont presque nuls.

Le 25 juin, à 9 heures 1/2 du matin, cette malade est amenée pour être endormie et placée devant le miroir rotatif en mouvement.

Elle se laisse faire sans résistance et montre une grande passivité. Au bout de 7 minutes, on lui fait l'injonction de dormir; ses yeux se ferment, elle dort, elle est en état de petit hypnotisme.

La suggestion de ne plus avoir de sensibilité exagérée du côté gauche lui est faite à trois ou quatre reprises. Pour mieux marquer la suggestion, il lui est prescrit de sentir un peu moins du côté gauche que du côté droit, et il lui est dit qu'on pourra la toucher, pincer et piquer à gauche, qu'elle sentira un peu moins qu'à droite.

En raison de la facilité avec laquelle on peut l'endormir, on lui fait de suite la suggestion de ne pas se laisser endormir sans permission.

Au bout de cinq minutes on l'éveille par suggestion verbale. Aussitôt éveillée, afin d'éprouver, avant même de lui parler et qu'elle ait pu s'en rendre compte, l'effet de la suggestion, on la saisit assez vigoureusement par le bras gauche. Elle ne témoigne aucune douleur, alors que tout à l'heure, en la touchant du bout du doigt seulement, elle criait et se retirait.

Interrogée, elle déclare ne plus avoir de sensibilité douloureuse du côté gauche.

Retournée dans la salle, on s'assure qu'elle est bien guérie en lui touchant plus ou moins fort différents points du côté gauche, en la pinçant, en la piquant ; elle n'accuse aucune sensibilité exagérée. On peut même constater que le bras droit est actuellement plus sensible que le bras gauche.

Il est à noter qu'elle ne croyait pas du tout à la possibilité de sa guérison, et que sa physionomie exprime un étonnement non équivoque et passablement comique en voyant le changement subit qui s'est opéré en elle.

Le 29 juin, on fait revenir de nouveau la malade pour l'endormir.

L'on constate que la sensibilité est restée normale du côté gauche, toute trace d'hypéresthésie a disparu.

La malade déclare de plus que, depuis la première séance d'hypnotisation, l'appétit lui est revenu, elle mange beaucoup mieux qu'autrefois.

Elle se plaint toujours des névralgies qui depuis douze ans occupent principalement tout le côté gauche de la tête, et demande qu'on l'en guérisse.

Dans la première hypnotisation, en effet, la suggestion avait visé seulement l'hypéresthésie du côté gauche du corps.

On constate de nouveau, avant de l'endormir, que la névralgie est accompagnée de surdité de l'oreille gauche. Elle n'entend pas la montre à cinq centimètres.

On la place devant le miroir rotatif et, au bout de quelques minutes, on lui fait la suggestion de dormir.

Pendant le sommeil et à plusieurs reprises, on lui fait les suggestions de conserver une sensibilité normale dans tout le côté gauche du corps, de ne plus souffrir de névralgies du côté gauche de la tête, enfin d'entendre de l'oreille gauche.

La malade est éveillée par suggestion verbale. Elle déclare se trouver bien, ne plus avoir de douleurs de tête.

On lui fait alors boucher l'oreille droite avec la main, et l'on constate qu'elle entend la voix basse à *trois mètres* de distance. La montre est entendue à *un mètre*.

Le 30 juin, la malade se plaint maintenant de souffrir du côté droit de la tête. Ce n'est pas un transfert qui s'est produit, car il faut se rappeler que la malade souffrait de toute la tête, mais principalement du côté gauche. La douleur du côté gauche ayant disparu, elle sent davantage les névralgies du côté droit. La surdité est revenue pendant la nuit. Endormie comme la veille et soumise aux mêmes suggestions, elle déclare au réveil ne plus avoir de douleurs et l'on constate qu'elle entend de nouveau la voix et la montre.

Le 1er juillet, la malade se déclare beaucoup mieux; elle n'a que peu de douleurs dans le côté gauche de la tête. On constate, avant de l'endormir qu'elle entend encore la montre à un mètre de distance de l'oreille gauche.

La malade est endormie par le procédé habituel et on lui suggère de ne plus souffrir de la tête et de continuer à entendre.

A partir de cette époque la guérison s'est maintenue complètement. La malade fut encore conservée un certain temps en observation, et sortit de l'hôpital quand on eut constaté que sa guérison était définitive.

Observation III.

Paraplégie hystérique guérie en une seule séance de sommeil provoqué au moyen du miroir rotatif.

La malade est une femme nommée Marie F., âgée de 24 ans, exerçant la profession de ménagère.

Cette femme est entrée à l'hôpital pour des douleurs dans les jambes et une paralysie qui l'empêche absolument de marcher et de se tenir debout.

Son père vit encore, il est de tempérament nerveux. Sa mère, qui vit également, a eu des attaques de nerf dans sa jeunesse.

La malade n'a rien présenté de particulier dans son enfance. Elle a été réglée à l'âge de douze ans. Réglée irrégulièrement, elle avait de la leucorrhée.

A quinze ans, elle eut une attaque de rhumatisme et souffrit de douleurs articulaires pendant un an et demi.

Elle s'est mariée à l'âge de 18 ans et fut environ six ans sans avoir d'enfant. Elle a maintenant 24 ans, et, seulement au mois de décembre dernier, elle eut un enfant qui est mort très jeune.

A part son rhumatisme qu'elle eut à 15 ans, sa santé générale a toujours été bonne ; mais elle est sujette à des malaises nerveux. Très impressionnable, elle est prise de tremblement à la moindre contrariété. Elle éprouve parfois la contracture pharyngienne avec étouffement, qui lui donne la sensation de la boule hystérique. Elle est sujette à des maux de tête et, parfois, à des tremblements sans cause.

Le 19 juin, dans la nuit, elle eut des accidents gastriques, vomissements et diarrhée qu'on peut rapporter à une indigestion.

En même temps, il se déclara des douleurs dans les jambes, qui persistèrent après les troubles gastriques, et furent assez intenses pour lui rendre, dès ce moment, la marche impossible.

Cet état ne s'améliorant pas les jours suivants, on l'a conduit le 23 juin à l'hôpital.

L'examen des différents organes ne révèle rien de notable.

Les réflexes cornéen et pharyngien sont abolis.

Le champ visuel ne paraît pas rétréci.

Il n'y a pas de *clou* hystérique, ni d'hypéresthésie épineuse.

On trouve des zones de diminution de la sensibilité.

Les ovaires sont peu douloureux.

Il y a de l'hypéresthésie aux cuisses.

Le 25 juin, à 9 heures du matin, la malade est amenée et placée devant le miroir rotatif.

Pour la faire venir de la salle où se trouve son lit et lui faire traverser les salles intermédiaires, plusieurs infirmières sont obligées de la soutenir et presque de la porter, car, malgré leur aide, elle chancelle à chaque pas et n'avance qu'avec la plus grande difficulté.

Placée devant le miroir rotatif en mouvement, au bout de cinq minutes à peine, elle a un soubresaut et tombe profondément endormie. Cette malade n'est pas restée longtemps, comme les autres, en état de petit hypnotisme pour n'arriver que progressivement à un sommeil plus profond. Le mouvement convulsif que nous avons constaté chez elle, alors qu'elle se trouvait déjà en état de fascination et de petit hypnotisme, a marqué l'instant précis où elle est entrée dans la période de grand hypnotisme. Du reste, nous pouvons constater que l'on obtient chez elle, par les procédés ordinaires, la rigidité et l'hypérexcitabilité neuro-musculaire caractéristiques de l'état de grand hypnotisme.

Pendant le sommeil, on lui fait trois ou quatre fois la suggestion de ne plus souffrir des jambes et de marcher facilement,

La suggestion de ne se laisser endormir par aucune autre personne étrangère, non désignée pour le faire, ni par aucun objet, lui est faite aussi et renouvelée plusieurs fois, en raison de sa facilité à tomber en grand hypnotisme. Au bout de cinq minutes on l'éveille par simple suggestion verbale.

Elle paraît un peu étonnée, puis, sur l'invitation qui lui en est faite, elle se lève très facilement, affirme qu'elle ne souffre plus, et regagne seule son lit, d'un pas ferme, au grand étonnement de tous ceux qui l'ont vue tout à l'heure passer, soutenue avec peine par plusieurs personnes.

Toute la journée elle marche facilement et sans douleur, elle descend au jardin et se promène, ce qu'elle n'avait pu faire depuis son entrée à l'hôpital.

Le 26 au matin on lui dit de revenir se faire endormir de nouveau.

Elle se lève seule sans difficulté, marche seule et vient sans avoir besoin de s'appuyer en route.

Placée devant le miroir elle s'endort comme la veille, présentant toujours un mouvement convulsif au moment où elle passe en état de grand hypnotisme, au bout de quatre minutes.

Les mêmes suggestions que la veille lui sont répétées, mais de plus on la laisse dormir une demi-heure.

. Les deux jours suivants on ne l'endort pas, la guérison se maintient complète, elle marche toujours sans difficulté et se promène comme tout le monde.

Le 29 juin, on la rappelle pour l'endormir de nouveau. Elle se plaint d'un point névralgique dans la région droite du front depuis la veille. La pression au niveau du nerf sus-orbitaire est très douloureuse.

On l'endort, toujours par le même procédé, et, au réveil, non seulement elle affirme qu'elle ne souffre plus, mais il est facile de constater que le point sus-orbitaire, tout à l'heure si douloureux à la pression, est maintenant tout à fait insensible.

Cette malade a été suivie pendant un certain temps et revue plusieurs mois après; sa guérison s'est maintenue complète comme à sa sortie de l'hôpital ; elle est définitive.

(A suivre.)

LES RADIATIONS CÉRÉBRALES

Dans un discours prononcé le 1er mars 1892 devant la section d'électricité de l'Institut Franklin, M. Edwin Houston a soulevé la question de la corrélation qui peut exister entre les phénomènes psychiques et certains phénomènes physiques. Partant de cette hypothèse que, quel qu'en puisse être le mécanisme exact, le travail du cerveau est accompagné de vibrations moléculaires ou atomiques, il essaye de formuler une théorie de la télépathie, du mesmérisme, de la transmission des pensées, de l'hypnotisme et autres phénomènes psychiques.

Si l'on admet, comme on le fait généralement aujourd'hui, que l'éther est un milieu universel susceptible de traverser la matière la plus dense aussi aisément que l'eau passe au travers d'une passoire, il est clair que la pensée, si elle est due à des vibrations, donnera naissance dans ce milieu essentiellement élastique à des ondes ayant pour centres les atomes ou molécules du cerveau. — Quelle est l'origine de ces vibrations : nous ne le saurons pas tant que le mécanisme de la formation de la pensée restera inconnu,

(1) *Revue Scientifique*. — 9 juillet 1892.

mais en tout cas ces vibrations exigent une dépense d'énergie. Cette énergie est dépensée pour mettre en mouvement l'éther environnant et émettre des ondes dans toutes les directions.

Ces radiations cérébrales sont, sans doute, de la nature des radiations caloriques, lumineuses, électriques ou magnétiques ; rien ne s'oppose donc à ce qu'on admette la possibilité d'une transmission de vibrations cérébrales spécifiques d'un cerveau actif à un cerveau passif ou récepteur, par la simple action des vibrations sympathiques.

L'orateur cite à ce sujet les exemples du diapason excitant, à grande distance, un autre diapason réglé pour vibrer à l'unisson avec le premier, de la transmission de l'énergie solaire jusqu'à la terre par des ondes lumineuses et enfin des résonances électriques de Herz.

On sait qu'il est maintenant reconnu par tous les électriciens qu'un conducteur qui est le siège d'une décharge électrique à oscillations, émet dans l'espace environnant des ondes ou oscillations électriques qui, si elles rencontrent un circuit convenablement disposé, y développent des oscillations électriques exactement de même nature.

En présence de ces faits, on peut bien admettre qu'un cerveau, engagé dans une pensée intense, agisse comme centre de radiations cérébrales émises dans tous les sens et susceptibles d'affecter d'autres cerveaux qu'elles rencontrent, pourvu que ceux-ci soient disposés pour vibrer à l'unisson avec le premier. L'absorption d'énergie par le cerveau récepteur serait, soit une absorption sélective, modifiant seulement le mode de formation de la pensée, soit une absorption absolue, auquel cas le cerveau récepteur donnerait une reproduction exacte des pensées du cerveau excitateur.

Si cette hypothèse est exacte, les vibrations cérébrales devraient traverser l'espace avec la même vitesse exactement que la lumière, au moins dans l'éther libre, le passage à travers la peau et les os devant probablement causer des retards.

Poussant son hypothèse jusqu'à ses conséquences extrêmes, M. Houston déclare s'être souvent amusé à imaginer une machine pour l'enregistrement des pensées sur une cou-

che sensible convenable dont la surface serait exposée au foyer d'une lentille placée en face d'une personne engagée dans une pensée intense. Il se hâte d'ajouter, du reste, que cette machine n'a jamais existé et qu'il est si peu probable qu'elle soit réalisée d'ici longtemps, qu'il a beaucoup hésité à en parler.

L'orateur ne se dissimule pas, d'ailleurs, que la théorie qu'il vient d'exposer soulève des objections très sérieuses ; mais il n'est peut-être pas impossible d'y répondre. — Le peu de fréquence des phénomènes de télépathie et de transmission des pensées pourrait, par exemple, s'expliquer par la présence dans le corps humain d'un écran protégeant le cerveau ou les centres nerveux contre les effets des radiations cérébrales ; l'enveloppe des nerfs pourrait jouer ce rôle. Il n'a présenté cette théorie qu'après beaucoup d'hésitations et surtout pour appeler l'attention de ceux qui s'occupent de ces questions spéciales sur une explication au moins possible des phénomènes de télépathie, de transmission des pensées, etc.

BULLETIN MENSUEL

DE LA

CLINIQUE HYPNOTHÉRAPIQUE DE LA CHARITÉ

Juillet 1892

SALLE ANDRAL (femmes).

Malades anciennes.

Félicie D., 42 ans, femme de chambre. *Vomissements incoercibles, intolérance gastrique depuis 5 mois.*

Cette malade a continué son traitement par les transferts d'une façon répétée, elle a pu garder les œufs, les bouillons, et quelques fragments de viande, une amélioration notable s'est manifestée ; et à mesure que l'excitabilité de l'estomac se calmait, elle a été prise de spasmes pharyngés pour lesquels on a employé avec succès la sonde dilatatrice. Les forces de la malade reviennent et elle se sent très améliorée.

Marguerite J., 22 ans. *Hystérique hypnotisable.*

Cette jeune femme qui a été traitée dans le service, il y a trois ans, et qui en est sortie parfaitement guérie de ses crises convulsives hystériques, à la suite de chagrins de famille a fait une rechute, et a demandé à rentrer. Pendant sa période qu'elle a passé chez ses parents, sa santé a été très bonne, elle a eu seulement une ou deux attaques à la suite de contrariété ; mais elle était toujours très impressionnable ; et, comme toutes ces malheureuses filles sans défense, elle a subi la suggestion du maître chez lequel elle était employée qui l'a rendue mère, après l'avoir endormie à ce qu'elle raconte. La grossesse s'est bien passée et les suites de couche n'ont pas eu d'incident ; elle est revenue dans le service, pour se faire soigner d'une surexcitation nerveuse avec céphalalgie, insomnie, terreurs nocturnes et palpitations. Ses aptitudes hypnotiques sont toujours très intenses, et M. Luys, après trois ans d'interruption, a pu constater que dès la 1re séance elle était susceptible de s'endormir au commandement. On la traite provisoirement rien que par le sommeil hypnotique ; on la fait dormir pendant une demi-heure et trois quarts d'heure.

Elle a toujours été très nerveuse. — Sa mère était très nerveuse pareillement. — Cinq enfants dans la famille. — 2 très nerveux. — Père normal. — Réglée à 17 ans irrégulièrement. Somnambulisme nocturne. — 1re attaque à la suite d'une émotion.

Salle Louis (hommes).

Par suite de travaux de peinture opérés dans la salle des hommes pendant ce mois, les malades convalescents ont été évacués sur Vincennes, il n'y a pas eu d'entrées.

Consultation externe.

Malades anciennes.

Amanda M., couturière, 22 ans. *Hystérie, traitement par la couronne aimantée.*

Cette malade hystérique depuis longtemps, dont l'œil droit avait présenté la teinte spéciale violette s'était notablement améliorée par l'action de la couronne aimantée qui avait ramené la coloration rouge de l'œil. Se sentant mieux, elle cessa de venir au laboratoire pendant quelques jours ; mais l'interruption lui fut défavorable, elle fut reprise de spasmes laryngés et de douleurs

gastriques qui l'obligèrent à revenir. Nous constatâmes alors que l'œil droit était redevenu violacé, on reprit le traitement par la couronne.

Marie J., 15 ans, couturière. *Claudication du membre inférieur droit, fausse coxalgie.*

La guérison a continué à s'accentuer. La malade ne boite presque plus. Les forces lui reviennent, et, elle peut faire de longues courses à pied, néanmoins elle a toujours besoin de faire deux ou trois transferts par semaine, car les interruptions sont suivies de douleurs vagues, le long de la continuité des nerfs cruraux.

Delphine P., ouvrière, 18 ans. *Nævus congénital avec déformation de l'oreille gauche.*

L'amélioration qui s'était déclarée dans les premiers temps s'est encore accentuée. Ainsi la coloration générale au lieu d'être un violet foncé commence à s'éclaircir ; des petits flots blancs se dessinent çà et là, le pavillon de l'oreille est moins turgide, ce dont on peut s'assurer par ce qui se passe du côté de la boucle d'oreille correspondante ; avant le traitement, en effet, la lobule de l'oreille remplissait toute la cavité de l'anneau, et à la fin de ce mois, le lobule se dégorge, et laisse une partie libre dans l'anneau.

Non seulement la malade constate une amélioration, mais encore ses compagnes et son entourage certifient qu'il y a une décoloration très notable de la tache elle-même.

Joséphine B., 22 ans. *Dipsomanie périodique.*

Cette jeune femme, placée comme domestique dans une bonne maison, excellent sujet, tombe, au moment des périodes menstruelles dans un état mental spécial qui la pousse à boire certaines substances alcooliques, de l'alcoolat de mélisse et vin rouge quelquefois. Très sobre dans ses habitudes, elle perd rapidement la direction de sa conduite ; elle est incapable de faire également son service, elle parle et agit sans savoir ce qu'elle dit ni ce qu'elle fait. Elle prend 2 à 3 petits verres. Cet état dure une ou deux heures et disparaît avec la période menstruelle.

Elle fut soumise immédiatement au traitement par les miroirs avec l'idée de la suggestionner de ne pas céder à ses impulsions dipsomaniaques. Dès la seconde séance, elle subit l'influence du sommeil, s'endormit et put être suggestionnée avec succès, car la première période menstruelle se passa, sans que l'impulsion se manifestât, et, huit jours avant l'arrivée de la seconde, elle vint se soumettre à l'action des miroirs comme traitement préventif.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix Frères.

ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

DE L'EMPLOI DES MIROIRS ROTATIFS

DANS LA THÉRAPEUTIQUE DE L'HYSTÉRIE

Par MM. Georges LEMOINE et Paul JOIRE (de Lille).

(2e *article.*)

OBSERVATION IV.

Hystérie, névralgie sciatique et parésie du membre inférieur droit. Guérison par l'emploi du miroir hypnotique.

La malade, qui fait le sujet de cette observation, entre à l'hôpital le 15 mars 1892 pour des douleurs dans la jambe droite et une grande difficulté pour la marche.

Son père et sa mère sont vivants et bien portants.

La malade est âgée de 25 ans, exerce la profession de ménagère, elle a eu trois enfants et a fait deux fausses couches, la dernière au mois de décembre.

Elle fait remonter le commencement de ses douleurs à la naissance de son dernier enfant vivant, c'est-à-dire, il y a environ deux ans. Ces douleurs siègent dans le membre inférieur droit.

La malade a la sensation de la boule hystérique. On constate l'abolition du réflexe pharyngien et du réflexe cornéen.

La pression est douloureuse au niveau des ovaires.

Les douleurs au niveau des jambes sont intermittentes, surviennent ordinairement pendant la nuit, sans prodromes particuliers, si ce n'est un peu de lassitude.

Elle a de la parésie de la jambe droite, accompagnée de névralgie le long du sciatique ; elle présente les points douloureux ischiatique, fessier, poplité, péronnier. On constate des zones d'anesthésie très étendues à la jambe et quelques-unes à la jambe droite.

Quelques troubles digestifs, gastralgie.

La malade a des céphalalgies intenses et fréquentes ; elle présente également le phénomène du *clou* hystérique.

Elle présente des troubles de la vue consistant en amblyopie.

Pas de rétrécissement du champ visuel, pas de troubles de l'ouïe. Elle a, par contre, de l'*anosmie*, mais a conservé ses sensations gustatives.

Réflexe plantaire conservé à droite, aboli à gauche. Les deux réflexes rotuliens sont un peu exagérés, pas de trépidation épileptoïde.

Cette malade fut soumise au traitement hypnotique au moyen du miroir rotatif. Dès la première séance les douleurs disparurent, et après quelques jours, pendant lesquels elle était soumise tous les matins à une hypnotisation méthodique, elle put marcher assez facilement.

Un matin, comme elle s'était plaint de la faiblesse de sa vue qui ne lui permettait pas de distinguer de grosses lettres à une faible distance, la suggestion lui fut faite immédiatement de voir de loin et de pouvoir lire les lettres les plus fines. Cette suggestion fut renouvelée le lendemain et depuis sa vue fut suffisante pour lui permettre de lire et de travailler.

Observation V.

Hémichorée hystérique.

La femme C. F., âgée de 46 ans, exerçant la profession de ménagère, se présente à notre consultation externe des maladies nerveuses le 6 avril, pour de la difficulté de la marche, due à des mouvements involontaires et incoordonnés du membre inférieur gauche.

A cause de la difficulté de marcher, même soutenue par une autre personne, nous la faisons entrer à l'hôpital pour suivre régulièrement son traitement.

Son père est mort d'une attaque d'apoplexie. Sa mère est vivante et bien portante, quoique très nerveuse. Elle ne connaît aucun membre de sa famille qui ait présenté des troubles analogues. Elle a eu un seul enfant, qui est mort en bas âge de convulsions ?

La malade a eu la rougeole vers l âge de cinq ans ; aucune autre affection dans le jeune âge.

Réglée à l'âge de quinze ans, elle l'a toujours très bien été depuis. Elle s'est mariée à 35 ans.

Elle affirme ne pas avoir eu la syphilis et on ne trouve d'ailleurs aucune trace de cette affection. Malgré ses dénégations, il y a lieu de penser qu'elle avait des habitudes alcooliques. Elle présente en effet un *facies* qui se rapproche beaucoup de celui des éthyliques. La figure est hébétée, sans expression, les lèvres épaisses, le nez rouge.

Il y a environ deux ans, elle s'est aperçue que sa vue baissait, les objets lui paraissaient enveloppés d'un brouillard ; peu à peu elle ne put plus se livrer aux travaux qui exigeaient une attention soutenue. Ces troubles de la vue augmentèrent progressivement, mais ne furent accompagnés d'aucun autre accident.

Il y a environ trois mois, elle vint dans le service et on lui trouva alors, outre une gale qui était la cause de son entrée, des signes d'alcoolisme et quelques stigmates hystériques.

Le 5 mars dernier, elle fut prise d'une façon subite de mouvements désordonnés et involontaires dans tout le côté gauche du corps. Le membre inférieur, le bras, la face étaient le siège de mouvements sans but déterminé ; la face grimaçait, la bouche était déviée vers la gauche.

Elle entra alors dans le service de M. le professeur Wannebroucq où elle demeura quinze jours. Elle nous dit qu'on lui fit alors de la suggestion, qu'on lui fit prendre des bains et qu'à la suite de ce traitement le membre supérieur fut guéri.

A son entrée dans le service, on constate que le membre inférieur gauche est agité de mouvements presque continus. Ces mouvements consistent soit en flexion ou en extension du pied sur la jambe, de la jambe sur la cuisse, soit en rotation de la jambe de dedans en dehors, soit en torsion du pied sur la jambe.

Ces mouvements augmentent dès qu'on approche de la malade ou dès qu'elle est émotionnée. Le membre supérieur est encore lui-même le siège de quelques petits mouvements, particulièrement vers l'épaule.

Les réflexes rotuliens sont légèrement diminués, le réflexe pharyngien n'est pas aboli. A l'examen de la sensibilité, on constate de l'hypéresthésie sur les membres gauches, pas de plaques d'anesthésie. Il existe de l'hypéresthésie épineuse, les ovaires sont sensibles à la pression.

Cette malade est soumise au traitement hypnotique au moyen du miroir rotatif. Elle ne dépasse pas la période de petit hypno-

tisme ; cependant, dès la première séance, les mouvements du membre inférieur droit deviennent beaucoup moins fréquents et moins violents. Elle peut déjà, à la suite de cette séance, se lever sans aide et retourner seule à son lit ; quoique la jambe ait encore des mouvements involontaires, elle est devenue plus ferme et la marche est possible.

Les jours suivants, soumise toujours exclusivement au même traitement, l'amélioration s'accentue de plus en plus et dans la journée elle peut monter et descendre et se promener seule.

Après les quatre premières séances quotidiennes, on lui fait une suggestion dont l'effet doit durer quatre jours, pendant lesquels on ne l'endort pas et la guérison se maintient.

Après cette période on la fait revenir de nouveau tous les matins pendant quelques jours pour l'endormir et lui suggérer la guérison complète que l'on peut considérer alors comme définitive.

Observation VI.

Hystérie, alcoolisme, aliénation mentale ; amélioration par l'emploi de l'hypnotisme au moyen du miroir rotatif.

Nous ne donnerons qu'en résumé cette observation.

La dame D. est âgée de 29 ans, son père est mort de pneumonie, sa mère, qui vit encore, a été enfermée pendant un an dans une maison de santé. Une sœur de la malade est considérée comme aliénée.

Mariée depuis cinq ans, la malade n'a jamais eu d'enfants ; *menstruation* difficile et irrégulière, troubles dyspeptiques fréquents. La malade, de son propre aveu confirmé par les renseignements de ceux qui l'entourent, a un penchant irrésistible pour les boissons alcooliques.

Nous avons à plusieurs reprises constaté chez elle des crises de grande hystérie, position en arc de cercle, état cataleptique, etc., ce qui nous dispense d'insister sur les troubles de la sensibilité qui existent chez elle.

A l'époque où nous entreprenons de la traiter par l'hypnotisme et le miroir rotatif elle est aliénée persécutrice ; et voici le résumé des particularités intéressantes qui signalèrent son traitement. La malade se plaignait tout d'abord d'insomnies rebelles, qui furent combattues avec succès en lui suggérant de s'endormir à heure fixe et de dormir un nombre d'heures déterminé.

Nous avons dit que la malade avait un penchant irrésistible pour les boissons alcooliques, ses parents nous prévinrent que,

malgré toutes les précautions prises autour d'elle, elle se procurait du vin et des liqueurs. Nous affirmâmes à ses parents que l'on pourrait désormais laisser à sa portée les liquides alcooliques, et en effet, la suggestion de ne laisser boire que de l'eau fit plus d'effet que les moyens employés jusqu'alors.

Plus tard elle était tourmentée le soir et quelquefois dans la journée par des visions terrifiantes, des hallucinations dans lesquelles elle voyait des monstres ou des animaux ; il fut encore facile par la suggestion de faire disparaître ce symptôme.

Enfin cette malade nous permit de démontrer combien il est facile d'éviter le prétendu danger que ferait courir aux malades l'entraînement hypnotique en les exposant à s'hypnotiser seuls devant un objet brillant ou à être hypnotisés par une personne quelconque.

En effet, suivant la règle dont on ne doit jamais se départir dans ces cas, il avait été suggéré à plusieurs reprises à cette malade qu'aucune autre personne ne pourrait l'endormir. Plusieurs mois après, comme elle se trouvait à la campagne, on fit appeler un médecin voisin qui songea aussi à combattre ses insomnies par l'hypnotisme, mais il fut obligé d'y renoncer après un grand nombre de tentatives vaines pour l'endormir. Ce fait nous fut raconté plus tard par la malade elle-même qui, oubliant à l'état de veille les suggestions qui lui avaient été faites, ignorait pourquoi on n'avait pu l'endormir ; et ses parents nous en confirmèrent l'exactitude.

Inutile d'ajouter que nous l'avons depuis hypnotisée aussi facilement qu'autrefois, constatant ainsi que la suggestion était la seule cause qui l'avait empêchée d'être endormie par une autre personne.

Observation VII.

Surdi-mutité hystérique avec paraplégie, guérison par les miroirs rotatifs.

Le malade est un homme de 40 ans qui entre à l'hôpital atteint de surdité et de mutisme absolus avec paraplégie. Son père est mort de tuberculose pulmonaire ; il était, dit-il, très nerveux. Sa mère vit encore, serait également nerveuse, mais sans qu'il puisse dire si elle a jamais eu de crises. Il a un frère et une sœur très irritables, très impressionnables, ils pleurent facilement, mais n'ont jamais eu de crises.

Dans les antécédents morbides du malade on ne relève qu'une pleurésie.

Il a eu, dit-il, beaucoup de chagrins, a ressenti une profonde douleur de la perte d'une personne qu'il aimait.

Il est marié et a 4 enfants ; il est sans cesse inquiet, se tourmentant beaucoup sur le sort de sa famille. Dans ces moments d'inquiétude, il ressent une profonde constriction à la gorge, au creux de l'estomac ; il sent, dit-il, son cœur se glacer.

Il y a huit ans, à la suite d'une vive douleur morale, il eut pour la première fois une grande crise ; il ressentit une violente céphalalgie occupant le front et l'occiput ; ces céphalalgies reviennent encore aujourd'hui par intermittences. Il éprouvait en même temps des douleurs très vives à l'épigastre, avec sensation de boule remontant jusqu'au pharynx et sensation de froid dans la région précordiale. Il tomba lourdement à terre et resta sans connaissance, entendant, dit-il, des bourdonnements, mais ne percevant pas ce qu'on disait autour de lui.

Ces crises se répétèrent quatre ou cinq fois par an, pendant deux ou trois ans, présentant à peu près les mêmes symptômes ; il ne les prévoyait pas. Puis tout se calma peu à peu et les crises ne se reproduisirent plus, mais le malade resta fort irritable, se fâchant malgré lui à la moindre occasion, riant ou pleurant pour un motif futile.

Le 23 avril, il eut une discussion au sujet de sa paye ; se croyant frustré dans ses droits, songeant à sa femme et à ses enfants, il entra dans une violente colère, et l'intention lui vint un moment de s'armer pour se venger de celui qu'il croyait l'avoir frustré ; pensée dont il rougit aujourd'hui. Il rentre chez lui en proie à de violentes douleurs dans la tête, et dans l'épigastre ; percevant toujours, vers la région précordiale, la même sensation de froid sur laquelle il insiste.

Toute la journée suivante, qui est un dimanche, il reste sombre, ne voulant voir personne ; il a des frissons, il tremble ; il lui semble qu'il va devenir fou ; il refuse toute nourriture.

Le lundi matin il retourne travailler ; mais il se sent, dit-il, tout drôle. A 9 heures, il abandonne son travail, poursuivi par une idée de persécution, il s'imagine qu'on veut faire mourir sa famille de faim. Arrivé chez lui, il se couche, mais bientôt il se sent pris de si violentes douleurs dans tout le côté gauche qu'il fait chercher un médecin qui ordonne un vésicatoire. Le vésicatoire posé, le malade se lève, mais il tombe lourdement à terre comme une masse. Cela se passait vers 11 heures ; il reste ainsi, absolument étranger à tout ce qui se faisait autour de lui, jusqu'à une heure et demie. Quand il revint à lui il était sourd et muet. C'est alors qu'on l'apporte à l'hôpital ; il fut encore au

moins une heure l'œil hagard, essayant d'articuler des mots qu'il ne pouvait prononcer.

Le soir sa température s'éleva à 39°1. Le lendemain matin la température était tombée à la normale. C'est alors qu'on put l'examiner.

L'intelligence est intacte ; il répond très bien par écrit ; on répète à dessein les mêmes questions sous plusieurs formes, il ne se contredit pas. La mémoire a conservé son intégrité.

Organes des sens. — Le goût et l'odorat sont intacts. Le sens de la vue n'est pas troublé. Le champ visuel n'est pas rétréci ; il distingue les couleurs.

L'ouïe et la parole sont complètement abolis. On remarque que l'oreille externe est complètement insensible au chatouillement ; on peut introduire impunément un morceau de papier jusqu'au tympan.

Le malade ne perçoit absolument aucun son, quelle que soit l'intensité du bruit que l'on produise à son oreille. Si l'on place une montre entre ses dents, ou si on l'applique sur son front il n'en perçoit point le bruit. Il n'a point de cécité verbale, car il répond très bien par écrit, et même il comprend à peu près au mouvement des lèvres un de ses voisins de lit. Il faut remarquer cependant que lorsqu'il a écrit pendant 15 ou 20 minutes, il n'a pas ce qu'on pourrait proprement appeler de l'agraphie, mais plutôt de l'amnésie. Il cherche, on le voit à ses gestes, la fin d'un mot, et ne pouvant le trouver, il continue sa phrase. Ainsi le mot comprendre, qu'il avait très bien écrit au début des questions qui lui étaient faites au moyen d'une ardoise, il ne sait plus l'écrire vers la 20e ou 25e ligne ; il écrit comp.... simplement et ainsi pour d'autres mots.

Motilité et sensibilité. — Il n'y a pas d'atrophie musculaire. La force dynamométrique est conservée et normale.

Les membres supérieurs sont absolument intacts, mais il n'en est pas de même des membres inférieurs ; il existe une véritable paraplégie qui est caractérisée par la perte des synergies musculaires qui assurent l'équilibre de la marche. Il faut que deux hommes soutiennent le malade ; c'est surtout quand il veut marcher que l'impotence se manifeste ; ses jambes fléchissent et sont prises de tremblement.

Le réflexe cornéen est diminué.

Le réflexe pharyngien est complètement aboli.

Le réflexe rotulien est aussi aboli.

On trouve une zone assez étendue d'anesthésie cutanée sur le devant de la poitrine et un peu à droite ; tandis que sous le sein

gauche on trouve une zone qui paraît hyperesthésiée. Je dis, qui paraît, car c'est le siège d'un vésicatoire récent, et on ne peut actuellement se rendre compte de ce qu'était la sensibilité normale en ce point.

A la face antérieure de la cuisse droite, une plaque d'anesthésie, de forme triangulaire, en avant du grand trochanter. Sur le même membre, une autre plaque d'anesthésie, en forme de triangle dont le sommet serait à la rotule et la base au milieu de la cuisse. Un peu au-dessus, une zone plus petite où la sensibilité est simplement retardée.

Une grande plaque d'anesthésie occupe presque toute la face antérieure de la cuisse gauche, et au niveau du genou gauche une plaque allongée d'hyperesthésie.

La sensibilité à la température est aussi profondément altérée; nous n'entrerons pas dans plus de détails, l'observation complète devant faire l'objet d'un travail spécial.

Il s'agissait de soumettre ce malade au traitement hypnotique et à la suggestion. L'on voit de suite qu'il s'élevait là une grande difficulté. Comment entrer en communication, pendant le sommeil hypnotique, avec un sujet absolument sourd ; car on pouvait crier de toutes ses forces à son oreille, il n'entendait absolument rien ; il était plus sourd qu'un sourd-muet même, car souvent ceux-ci perçoivent certains bruits éclatants ?

Il s'agissait d'abord de trouver un moyen de lui intimer l'ordre d'entendre, pour lui faire faire une auto-suggestion qui, aussitôt commencée, serait facilement développée.

A l'état de veille, nous communiquions bien avec lui par l'écriture, mais je ne voulais pas employer ce moyen pour la suggestion pour plusieurs raisons.

Si la suggestion par le geste impératif peut être aussi rapide, aussi profonde et aussi efficace que la suggestion par la parole, il n'en est pas de même de la suggestion par la parole écrite. En effet, l'écriture ne peut évoquer directement une idée dans le cerveau, elle évoque seulement l'image d'un mot, qui lui-même représente l'idée que l'on veut communiquer. Il s'en suit un retard dans la transmission de la pensée, qui affaiblit nécessairement beaucoup l'effet de la suggestion et la rendrait inévitablement moins

efficace dans un cas comme celui-ci où il faut un ordre rapide et un effet subit.

Il y avait encore un autre inconvénient à employer la suggestion par la vue dans notre cas particulier. La salle où je devais endormir le malade était très éclairée ; en lui ouvrant les yeux, je me trouvais exposé à le faire passer en état de catalepsie, état dans lequel la suggestion eût été impossible.

Enfin je voulais me mettre dans les conditions où je me serais trouvé si ce malade n'avait su ni lire ni écrire, et je me décidai à employer le sens du toucher pour développer en lui une auto-suggestion capable de le faire entendre.

Le malade fut donc placé devant le miroir rotatif et, sans lui expliquer en aucune façon ce qu'on en attendait et ce qui devait arriver, je lui fis seulement signe de regarder.

Au bout de dix minutes environ, il était évident que le malade commençait à s'hypnotiser ; la poitrine était soulevée de temps en temps par une inspiration profonde, les yeux étaient fixes et les paupières battaient par moments. Je lui fermai les yeux avec les doigts et aussitôt une inspiration plus profonde m'avertit qu'il était bien plongé dans le sommeil hypnotique.

Je me plaçai bien en face du malade, et brusquement j'appliquai un doigt sur le conduit auditif externe de chaque côté, de façon à le fermer complètement. Je restai ainsi quelques secondes afin de laisser cheminer dans son cerveau une auto-suggestion encore vague relative au sens de l'ouïe ; puis, subitement, écartant les mains je lui criai en même temps : « entendez ». La même manœuvre fut répétée trois fois, et, après la troisième fois, le malade faisait signe avec la main qu'il commençait à entendre de l'oreille droite.

Dès lors, le succès était certain et je pus développer la suggestion et lui ordonner d'entendre et d'entendre très bien comme par le passé. J'appris alors qu'il avait dit par écrit que depuis longtemps il entendait beaucoup moins bien de l'oreille gauche que de la droite.

Quand je fus assuré par ses gestes qu'il m'entendait parfaitement, je m'occupai de la parole et commençai à lui suggérer qu'il pouvait parler.

Je lui fis d'abord répondre oui à certaines questions, en l'obligeant à répéter ce mot après moi. Je voulus alors lui faire prononcer son nom et le nom de la rue qu'il habitait ; mais je m'aperçus que la même difficulté se renouvelait pour chaque syllabe nouvelle qu'il fallait lui faire prononcer, pour chaque son qu'il devait émettre. Il semblait qu'il eut à la fois oublié la notion des différents sons et perdu la faculté de les produire.

Je pris donc le moyen suivant pour rappeler rapidement à sa mémoire toutes les combinaisons possibles de sons, et lui faire faire en même temps une sorte de gymnastique de la parole.

Je le forçai à répéter après moi toute la série des chiffres depuis un jusqu'à trente, puis successivement toutes les lettres de l'alphabet. Au fur et à mesure que j'avançais dans cet exercice je voyais la parole devenir plus facile, et, aussitôt cette série terminée, j'étais certain qu'il pourrait parler facilement. Je lui fis donc quelques questions banales auxquelles il répondit correctement, puis je lui suggérai qu'il continuerait à entendre et à pouvoir parler après son réveil, et je l'éveillai par suggestion verbable.

Toute cette séance, depuis le moment où il avait été plongé dans le sommeil hypnotique, n'avait pas duré plus de 15 minutes.

Je constatai qu'il entendait parfaitement le bruit de la montre placée entre les dents ou sur le front, et qu'il entendait la voix basse à cinq mètres de distance.

Je ne m'occupai pas ce jour-là de la paraplégie et fis reconduire le malade à son lit par les hommes qui l'avaient amené. Le lendemain, le malade fut de nouveau hypnotisé et, par simple injonction verbale, on lui suggéra qu'il pourrait marcher. En effet, dès son réveil, il put se lever et retourner seul dans la salle ; dans la journée il put se promener, n'ayant conservé qu'un peu de douleur et d'engourdissement dans le pied gauche. Ces deux symptômes disparurent complètement à la troisième hypnotisation et depuis lors le malade marche et se promène comme tous les autres.

Il faut remarquer que, depuis la première séance d'hypnotisation, il n'avait plus été question de l'ouïe et de la

parole dans les suggestions. Sa surdi-mutité avait été guérie radicalement en une seule séance.

Cette observation est intéressante, parce que, si les cas de mutisme hystérique sont assez fréquents, nous ne connaissons guère d'observations dans lesquelles il ait été comme dans ce cas accompagné de surdité. De plus, au point de vue de la mise en œuvre de la suggestion, cette surdité absolue apportait des difficultés intéressantes à vaincre ; car, si l'on avait la certitude de guérir ce malade par la suggestion, il fallait trouver le moyen de la faire parvenir à ses centres cérébraux rendus presque *inaccessibles* par la suppression du sens de l'ouïe.

Ces observations qui portent sur des sujets assez variés, montrent une fois de plus tous les services que l'on peut attendre de la médication hypnotique dans la thérapeutique des affections nerveuses.

« Ce qui caractérise encore cette nouvelle méthode de » traitement et qui sollicite justement son application, dit » M. Luys, c'est que non seulement elle est efficace, mais » encore elle n'est pas nuisible. Ce n'est pas une substance » active, pesante et matérielle qui entre dans l'économie et » y développe ses énergies propres. C'est un agent physi- » que, impondérable, qui se manifeste d'une façon purement » dynamique, dans l'intimité de la trame nerveuse et qui la » pénètre à fond. Il se comporte comme les courants électri- » ques, comme les courants magnétiques, sans déterminer » de réactions douloureuses, et ne laisse comme traces de » son passage que des effets sédatifs et bienfaisants. Voilà » les faits indéniables, et, jusqu'à présent, je n'ai encore » constaté aucun effet nocif de cette nouvelle méthode thé- » rapeutique en suivant les indications que j'ai précédem- » ment formulées. »

Depuis que M. Luys a écrit ces lignes, sa méthode s'est généralisée et a reçu la sanction du temps. Nous-même, qui l'appliquons depuis plusieurs années, nous pouvons ajouter que nous n'en avons jamais observé le moindre effet fâcheux.

Il y a donc grande utilité à généraliser cette méthode et à la rendre applicable au plus grand nombre possible de su-

jets ; c'est ce à quoi nous arrivons par l'emploi des miroirs rotatifs.

Dans la plupart des cas, c'est la suggestion qui a été l'agent direct de la guérison ; mais il est encore d'autres cas, dit M. Luys, qui pourront bénéficier du sommeil hypnotique en dehors de toute suggestion.

Ainsi, dans certaines périodes d'aliénation mentale, où l'on ne peut rien tenter pour rétablir l'équilibre des fonctions cérébrales, on pourra encore obtenir des moments de détente et de calme à l'aide de l'hypnotisme ; et, dans ces cas particuliers, ce n'est le plus souvent qu'à l'aide des miroirs rotatifs que l'on pourra y arriver.

Dans certaines formes de paralysie générale au début, on pourra en partie réparer les forces motrices, et rendre aux malades une certaine dose d'énergie physique et mentale, par le calme et le repos que leur procurera le sommeil artificiel.

Quelquefois, comme dans la plupart des cas de pathologie mentale, on devra se borner à faire disparaître certains symptômes comme les hallucinations, les idées de persécution, l'insomnie, etc., mais ces résultats ont déjà par eux-mêmes une importance suffisante et, de plus, permettent d'espérer qu'on pourra en obtenir de plus durables.

C'est principalement dans les névroses, et surtout dans les manifestations si variées de l'hystérie et dans tous les états qui sont sous sa dépendance, que cette méthode doit triompher. Dans ces cas, elle se place désormais hors de pair, au-dessus de toutes les autres médications, par son innocuité absolue, l'absence de tout traitement pénible et désagréable pour les malades, et enfin la certitude avec laquelle elle soulage et guérit.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

SUR LA

STRUCTURE ET LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

LEÇON D'OUVERTURE DES CONFÉRENCES FAITES A L'HOPITAL DE LA CHARITÉ

Par le docteur J. LUYS (1).

Messieurs,

I. — Je me propose de continuer devant vous, à l'hôpital de la Charité, l'enseignement spécial que j'ai poursuivi depuis quinze ans à la Salpêtrière, et qui a eu toujours pour objet l'étude de la structure et des maladies du système nerveux.

Les encouragements ne m'ont pas manqué de la part des nombreux auditeurs qui ont suivi mes leçons, et l'accueil bienveillant que vous m'avez adressé me permet d'espérer que je retrouverai ici, dans ce milieu nouveau, les mêmes sympathies que j'ai toujours rencontrées dans mon ancien hôpital. J'espère donc pouvoir continuer à vous exposer tous les ans le résultat de mes recherches personnelles, et à mener de front dans cet enseignement l'étude de l'anatomie, ainsi que celle de la physiologie et de la pathologie du système nerveux. — Je vous montrerai aussi, chemin faisant, combien de progrès ont été accomplis dans ces dernières années dans ce domaine spécial de nos connaissances, et comment la plupart des phénomènes névrosiques mieux appréciés, mieux suivis dans leur évolution, se trouvent rattachés d'une façon plus ou moins directe aux lois générales des actions nerveuses normales.

Le champ de la neurologie que nous aurons à parcourir est immense, et je n'ai pas la prétention d'épuiser le sujet avec vous. Mais, permettez-moi de vous le dire dès le début, c'est parmi les différents domaines qui constituent la pathologie humaine, le plus fertile en choses imprévues, le plus captivant qui puisse s'ouvrir aux esprits avides de choses nouvelles, je dirai même que c'est le chemin naturel qui vous permet de pénétrer dans l'étude des phénomènes intimes de la vie végétative et de vous rattacher ainsi à la pathologie interne. Car, partout, dans toutes les entités nosologiques quelconques,

(1) Je donne ici la reproduction d'une leçon d'ouverture que j'ai faite il y a déjà plusieurs années à la Charité. — C'est l'avant-courrier d'une suite de leçons spéciales que j'ai faites tous les ans dans cet hôpital et dont je donnerai aux lecteurs de ce journal l'exposé : et qui ont eu pour sujet des questions de Neurologie et d'Hypnologie.

qu'il s'agisse de pneumonies, de péricardites, ou de maladies infectieuses même, vous vous trouvez partout à chaque instant en présence d'actions vaso-motrices qui vont çà et là déterminer des ischémies ou des hyperhémies localisées, et qui sont régies par ces forces nerveuses dont vous étudierez la genèse et la répartition.—Vous retrouvez, en un mot, l'action diffuse du système nerveux dans toutes les affections de l'organisme, car c'est lui qui est, en définitive, le grand maître et qui règle tout ce qui fait le bien et le mal dans le jeu des rouages de la grande machine humaine.

Engagez-vous donc, Messieurs, dans cette voie féconde (je m'adresse particulièrement à ceux qui ont déjà des connaissances spéciales en pathologie interne) ; si, dès le début, vous vous sentez arrêtés par l'aridité du sujet et les difficultés des études préliminaires, ne laissez pas ralentir votre zèle, car vous serez surpris de voir à mesure que vous avancerez, comment certains problèmes réputés jusqu'ici comme insolubles se simplifieront devant vous, et comment les rapports intimes qui existent entre le substratum organique et les troubles dynamiques auxquels il donne naissance s'éclaireront d'un jour tout nouveau. — A mesure que vous avancerez, vous verrez se dérouler des horizons nouveaux ; vous vous trouverez fatalement en présence des questions les plus ardues de la psychiatrie, et votre cercle d'études s'élargissant de plus en plus, vous aurez à vous préoccuper non seulement de l'homme physique avec ses troubles nerveusiques, variés, mais encore de l'homme moral, avec toutes les questions qui touchent à sa liberté, ainsi qu'à sa responsabilité morale.

On a beaucoup étudié le système nerveux depuis qu'il y a dans le monde des anatomistes et des pathologistes et, chose étrange ! dans ce domaine spécial de la pathologie humaine, plus on s'y plonge, plus on voit que c'est véritablement un monde nouveau qui se dévoile aux yeux de l'observateur.

Il y a quelques années, c'était l'étude anatomique et physiologique des cellules nerveuses qui, sorties de l'oubli où elles avaient été laissées pendant près d'un siècle, réapparaissaient et devenaient aux yeux de tous les unités ultimes du système nerveux, et les véritables ouvriers actifs et inconscients de toutes les opérations de la vie nerveuse (1).

(1) Il est curieux de constater que les cellules de l'écorce, découvertes en 1862 par Malpighi, sont restées inconnues des anatomistes du XVIIIe et du commencement du XIXe siècle. — C'est Longet qui, dans son ouvrage, les a exhumées de cet oubli séculaire.

Hier, c'était l'apparition des phénomènes si surprenants de l'hypnotisme qui, depuis les travaux de Charcot classés méthodiquement, devenaient des moyens nouveaux d'investigation scientifique et permettaient de faire sur le vivant de véritables vivisections dans les sphères les plus subtiles de la vie nerveuse, les opérations psychiques proprement dites. — Hier, c'étaient encore les phénomènes dits inhibitoires et dynamogéniques qui, savamment exposés par Brown-Séquard, permettaient de donner une nouvelle interprétation à une série d'actions nerveuses mal appréciées précédemment, et, aujourd'hui, c'est l'action des curieux phénomènes de transfert d'états neuriques et psychiques, allant d'un sujet à un autre, c'est l'action vibratoire transmise à la rétine d'abord et au cerveau ensuite, qui devenue question à l'ordre du jour, captive tous les esprits, et vient ouvrir un nouveau champ d'études aux investigations des neurologistes.

Toutes ces questions ne font que de se poser en ce moment; car nous ne sommes qu'aux débuts de la période de lumière qui éclairera dans l'avenir notre horizon scientifique ; — libre à vous de les aborder, de chercher à les résoudre et de compléter, par votre labeur personnel, les travaux de vos devanciers. — C'est un terrain fécond que nous vous livrons, et j'espère bien que ceux qui nous succéderont sauront en faire sortir la bonne semence et des applications fécondes pour la thérapeutique des maladies du système nerveux, ainsi que pour l'amoindrissement des douleurs humaines, but suprême de tous nos efforts, et objectif légitime du véritable médecin. Mais, n'oubliez pas qu'ici, comme ailleurs, c'est l'anatomie normale qui doit faire l'objet de nos principales préoccupations ; car c'est dans ses révélations que vous trouverez les bases d'opérations indispensables pour asseoir vos idées et interpréter avec certitude les phénomènes physiologiques et pathologiques en présence desquelles vous allez vous trouver, — et j'entends ainsi, non pas faire seulement l'anatomie macroscopique qui est encore, ainsi que vous le verrez plus loin, à l'état d'ébauche incomplète, mais l'anatomie fine, l'anatomie microscopique qui vous permettra, en connaissant à fond les rouages mystérieux de l'activité nerveuse, de jeter quelque lumière sur leur rôle physiologique.

II. — L'étude nosologique des maladies du système nerveux dans laquelle nous allons nous engager, vous révélera tout d'abord des particularités propres qui vous montreront

combien au point de vue de leur évolution naturelle, comme au point de vue de l'intervention du médecin, elles exigent de sa part une participation de sa personne beaucoup plus active que partout ailleurs.

Dans les cadres habituels de la pathologie interne, votre esprit se trouve uniquement concentré sur l'état somatique du malade que vous traitez ; vous vous trouvez en quelque sorte dominés fatalement par la lésion anatomique que vous avez constatée. — Vous soignez une pneumonie, une endocardite, une fièvre typhoïde, etc. — Que vous soyez à l'hôpital ou dans la clientèle privée, tout cela est une affaire d'intervention immédiate et limitée. Vous faites le diagnostic de la lésion, de son siège, de son degré d'intensité, de sa forme aiguë, subaiguë ou chronique ; vous examinez l'état général du sujet et faites votre prescription thérapeutique en conséquence. Vous en restez là et votre esprit rassuré reste satisfait pour le moment.

C'est bien différent quand il s'agit d'un cas pathologique où c'est la trame cérébrale même qui est en souffrance. — Ici, en effet, quand il s'agit du cerveau, c'est tout autre chose que lorsqu'il s'agit d'un simple viscère, du poumon, du foie, du cœur, etc. ; votre esprit est d'emblée envahi par une foule de préoccupations collatérales qui viennent forcément se placer devant lui. — Vous êtes, en effet, non seulement appelés à envisager le malade au point de vue de son état actuel, mais encore au point de vue de l'avenir qui lui est réservé, ainsi qu'à celui de toute la famille dont le sort est socialement lié à sa destinée.

Dans ces circonstances, tout devient grave et délicat dans les décisions que vous allez prendre.

Vous n'avez plus à faire ici un diagnostic local et limité, et à vous contenter d'appliquer les remèdes appropriés. Vous devez pénétrer plus profondément dans le cœur du sujet, rechercher les conditions anatomiques originelles qui dominent chez le malade, tenir compte de certains faits insignifiants pour la famille et même pour certains médecins peu experts en la matière, — tels que certaines asymétries faciales, — certains arrêts de développement, — certains vices de conformation, — des tics, du strabisme, — troubles variés de la construction de l'être et qui acquièrent pour vous neurologistes une valeur séméiologique de grande importance. — Vous aurez à tenir compte de ses habitudes d'esprit et de son milieu social ; car tout est là quand il s'agit d'un cas où c'est

le cerveau qui est en jeu. L'activité physiologique, de même que l'activité pathologique de l'homme, n'est-elle pas le reflet de sa constitution primordiale et de son degré de culture ? — Et, rappelez-vous bien ce fait pratique : Si le poumon de l'homme riche et le poumon de l'homme pauvre sont égaux devant la fluxion inflammatoire qui engorge ses tissus ; — si l'égalité pathologique est la même pour tous les viscères, qu'ils appartiennent aux grands ou aux petits de ce monde, aux riches ou aux pauvres, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit du cerveau humain. — Le cerveau de l'homme riche, bien nourri, bien cultivé, avec ses influences héréditaires accumulées en présence des ébranlements nocifs qui viennent incidemment le mettre en branle, ne se comporte pas de la même façon que celui de l'homme pauvre, mal nourri, et mal entraîné par l'éducation. Il y a là, dans cet appareil nerveux, des dissemblances fondamentales et des inégalités organiques inéluctables que vous devez savoir apprécier, et sur lesquelles vous ne sauriez, comme médecin et comme philosophe, trop longtemps réfléchir. — Vous reconnaîtrez, par expérience, que toutes les législations du monde se heurteront toujours devant ces inégalités cérébrales héréditaires des cerveaux humains sortis de lignées dissemblables, et contenant dans leur intime texture les éléments latents bons ou mauvais reçus de leurs ancêtres.

Et, quand il s'agit du cerveau féminin, que de variétés nouvelles dans les formes morbides que vous aurez à constater et de problèmes délicats à résoudre ! — Quelle différence immense entre le système nerveux de la femme du monde vivant dans un milieu surexcité, émotive à l'excès, vibrante aux moindres sollicitations extérieures, dépensant à tort et à travers l'influx nerveux dont elle est surchargée, et la fille de campagne, la mercenaire des villes pesante et lourde au physique et au moral, et dont les appétitions nerveuses ne s'élèvent qu'à la stricte nécessité des besoins naturels de la vie corporelle !

Dans le domaine des névropathies, tout varie, tout change d'aspect, suivant que votre champ d'action s'exerce dans des milieux différents, suivant que vous vous adressez à des individus plus ou moins avancés dans la vie, suivant que vous vous trouvez en présence de sujets ayant des habitudes d'esprit variées, soumis à des influences héréditaires dissemblables, suivant même que vous vous adressez à des êtres de race différente.

Tout change dans ce cadre ondoyant et divers de la pathologie humaine, et de même qu'aucun cerveau humain, étudié dans ses plis et replis, ne ressemble intégralement à un autre ; de même dans l'ordre des phénomènes névropathiques il faut compter avec les individualités humaines : autant d'hommes, autant d'individualités nosologiques variées qui réclameront isolément une attention spéciale et des indications thérapeutiques dissemblables.

III. — Mais ce n'est pas tout. — Dans ce domaine spécial des misères humaines, votre rôle de médecin est fatalement destiné à s'élargir et à prendre, à un moment donné, un caractère médico-légal dont il est bon que par avance vous puissiez apprécier la portée. — Quand il s'agit en effet de ces délicates situations de votre carrière dans lesquelles vous vous trouvez en pleine psychiatrie, en présence d'un homme atteint des prodromes de la paralysie générale, d'hallucinations actives, d'idées de persécution, etc., vous êtes fatalement appelés d'urgence à prendre des mesures graves destinées à faire traiter, en dehors de chez lui, le malade qui vous est confié et à le garantir non seulement contre lui-même, mais encore à éviter les actes de violence qu'il pourrait commettre vis-à-vis de son entourage.

Alors, dans ces cas-là, votre rôle de médecin traitant se complique tout d'un coup, et votre responsabilité s'augmente avec le danger. — La loi a mis en vos mains un instrument actif de thérapeutique, l'isolement forcé et obligatoire du malade de son milieu familial; s'il est dangereux pour lui-même, — vous avez le droit de le placer dans un nouveau milieu spécial, de le faire traiter suivant les règles déterminées et de le priver ainsi momentanément de sa liberté, et je dirai même, — vous avez le devoir de proposer ces mesures de thérapeutique active, car, vous verrez plus tard dans nos études de pathologie mentale, que les maladies mentales guérissent d'autant plus rapidement qu'elles sont traitées à une période plus rapprochée de leur début, et, rappelez-vous encore que vis-à-vis de la famille à bout de force et de patience vous devez prendre des mesures tutélaires capables de garantir passagèrement le malade de ses propres écarts.

Vous parlerai-je encore, Messieurs, de ces problèmes complexes et délicats dans lesquels vous serez appelés soit en matière civile, soit en matière criminelle comme experts devant les tribunaux, pour vous prononcer sur les questions

capitales qui touchent à la responsabilité morale ; sur la valeur de certains actes au moment où ils ont été conçus, sur celle des testaments contestés, sur l'interdiction, etc., — questions grosses de procès et pleines de difficultés qui sont les corollaires nécessaires et les conséquences naturelles de vos études sur le système nerveux. Vous verrez ainsi combien dans ce domaine spécial tout se tient, comment les études théoriques qui ont pour objet les éléments intimes et la structure du système nerveux finissent par se résoudre en faits pratiques, et par aboutir aux problèmes sociaux les plus élevés, à ceux qui concernent soit les intérêts de la famille, soit le libre arbitre et la responsabilité morale.

IV. — Mais, en dehors de ces questions élevées qui sont du domaine de l'aliénation mentale proprement dite et qui ont le cerveau pour théâtre, il y a tout un grand département, du système nerveux qui, dans ces derniers temps, a été l'objet de travaux multiples tant en France qu'à l'étranger et qui a pour substratum anatomique la moelle épinière et ses prolongements supérieurs intra-encéphaliques.

Vous n'ignorez pas combien dans ces dernières années les maladies de la moelle épinière ont pris un essor rapide et combien le groupe des scléroses diffuses ou localisées a été nettement défini nosologiquement. — Je n'ai pas à examiner ici si on n'a pas cherché à faire des divisions et des subdivisions trop artificielles, et si, dans un certain nombre de cas, on n'a pas décrit comme des entités nosologiques spéciales, des symptômes transitoires d'un processus en évolution, et si on n'a pas ainsi, en multipliant des dénominations, jeté dans cet ordre de phénomènes une confusion regrettable.

Je me contente de vous citer ici la physionomie nouvelle qu'a prise ce grand processus morbide, le *tabes dorsalis*, l'ancienne ataxie locomotrice de Duchêne (de Boulogne), qui, grâce aux progrès de toutes sortes accomplis dans ces dernières années, s'est complètement transformé, et semble vouloir à lui seul absorber presque toute la pathologie du système spinal ; — que dis-je, il semble devoir jouer un rôle de plus en plus pénétrant dans les actes de la vie végétative, puisqu'il est démontré maintenant qu'il est constitué dans son essence par une sclérose interstitielle spéciale, implantée à des hauteurs variées sur l'axe spinal, et que c'est aux différentes altitudes qu'il se fixe, qu'il faut attribuer ces troubles gastriques, vésicaux, ces arthropathies si caractéristiques,

ces altérations profondes, complexes de la nutrition qui indiquent l'envahissement progressif des divers centres d'innervation d'où la vie des viscères soutire ses principes d'action.

Nous verrons dans nos conférences ultérieures, en faisant passer devant vos yeux des malades atteints de différentes manifestations du *tabes*, combien de formes multiples ce même processus morbide est susceptible de revêtir suivant les différents territoires spéciaux sur lesquels il s'implante.

Tantôt il porte d'abord ses coups vers les régions supérieures du système nerveux, sur les nerfs moteurs oculaires, sur le tissu de la rétine et vous verrez comment, une fois ce premier effort accompli, il peut rester silencieux pendant plusieurs années, huit à dix ans quelquefois, réapparaître sous forme de troubles de nature différente, et déterminer ainsi à distance des paraplégies motrices.

Tantôt il se révèle par des douleurs fulgurantes d'emblée soit dans les membres, soit dans la face, soit du côté des viscères. Il sollicite alors ces irradiations douloureuses aiguës, dites crises viscérales, que l'on a pendant longtemps considérées comme des gastralgies simples, comme des accès de goutte viscérale sans lésion concomitante, et, vous reconnaîtrez ainsi que vague et indéterminé dans ses manifestations morbides, le *tabes dorsalis*, comme la paralysie générale avec laquelle il a tant de rapports, ne prend en un mot sa véritable physionomie caractéristique, qu'à mesure qu'il vieillit dans l'organisme et devient incurable.

Vous arriverez ainsi à reconnaître aussi, Messieurs, comment le *tabes dorsalis* remplit une place énorme dans la pathologie de la moelle, et comment, au point de vue de son évolution d'ensemble, il présente les plus grandes analogies avec cette autre sclérose interstitielle du système nerveux, diffuse et progressive aussi, qui sévit dans un autre territoire dans la trame cérébrale, et que l'on décrit sous le nom de la paralysie générale.

Le *tabes* est à la moelle épinière ce que la paralysie générale est au cerveau : ce sont, de part et d'autre, les mêmes lésions fondamentales qui sont sous-jacentes à leurs manifestations. Dans l'un ou l'autre cas, il y a des types réguliers et classiques, si l'on peut dire, de même qu'il y a des cas anormaux et frustes qui varient suivant les différentes localisations du mal. — De part et d'autre, ce sont les mêmes fatalités organiques qui poursuivent leur marche, et les mêmes impuissances de la thérapeutique qui se révèlent pour l'enrayer.

Et, bien plus, vous serez amenés à constater que ces deux processus morbides sclérosiques frappant isolément l'un la moelle épinière, l'autre le cerveau, finissent quelquefois par marcher à la rencontre et se fusionner d'une manière intime dans le même organisme. Tous ceux qui ont fait avec soin les nécropsies de paralytiques savent combien fréquemment les divers faisceaux de la moelle épinière sont plus ou moins frappés par des dégénérescences scléreuses descendantes ; et réciproquement, combien on voit souvent des ataxiques qui sont inopinément pris de symptômes d'excitation cérébrale, d'agitation, d'aliénation véritable, par le simple fait de la propagation du travail sclérosique vers les régions supérieures du système nerveux.

V. — Je vous citerai encore la maladie de Parkinson (la paralysie agitante des auteurs).

Il s'agit là d'une forme morbide spéciale, mal connue il y a une trentaine d'années, et qui, en raison de sa symptomatologie propre, de son évolution fatale, présente certaines analogies avec les processus morbides précédents. C'est encore l'hyperplasie sclérosique que nous retrouvons ici, exclusivement localisée dans certaines régions du bulbe et de la protubérance.

Les auteurs les plus autorisés sont encore incertains sur le siège anatomique et la nature des lésions qui déterminent ces tremblements nerveux si caractéristiques. — Il est vraiment étrange qu'ils soient restés ainsi sur la réserve, car, dans tous les cas où jusqu'à présent j'ai eu l'occasion de faire l'autopsie de sujets atteints de cette maladie, j'ai toujours rencontré des lésions très nettement définies et très exactement localisées. C'est ainsi que j'ai constaté maintes fois que, si la sclérose interstitielle de la protubérance et du bulbe est l'élément fondamental de la maladie de Parkinson, il faut y adjoindre encore, comme dans tous les cas analogues où il s'agit de l'exaltation fonctionnelle de la vitalité nerveuse d'une région, des hyperémies capillaires très intenses, avec des hypertrophies des cellules motrices des plus caractérisées ; — vous pouvez en juger du reste par l'examen des planches photographiques ci-jointes que je fais passer sous vos yeux.

VI. — Vous parlerai-je encore des progrès considérables que l'étude des anciennes névroses, telles que l'hystérie, l'épilepsie, les chorées a faits dans ces derniers temps ?

Grâce à des méthodes d'étude plus précises, grâce aux progrès de la physiologie, et surtout aux procédés spéciaux mis en pratique par les élèves de l'Ecole de la Salpêtrière, sous l'impulsion du maître éminent qui la dirige, la science contemporaine a pu apporter une précision inattendue dans le champ de toute cette série de phénomènes hystéro-épileptiques, dont les caractères protéiformes échappaient, il y a encore quelques années, à toute systématisation régulière.

Dans le récit des anciens auteurs on constate, en effet, que les manifestations de l'hystérie représentaient une série d'incertitudes et d'incohérences symptomatiques proverbiales ; tout était variable, et les manifestations nerveuses les plus imprévues, les plus extra-physiologiques étaient tour à tour citées dans les descriptions courantes des auteurs contemporains. Il y avait alors dans ce cadre spécial de la pathologie d'une part, le chapitre des névroses ordinaires, et, d'autre part, un chapitre non moins étendu, dit chapitre des névroses *extraordinaires* qui comprenaient tout ce que les conceptions de l'imagination pouvait enfanter de plus bizarre.

Actuellement tous ces désordres variés de l'ancienne hystérie sont classés et envisagés d'une façon méthodique. On décrit d'une façon suivie, on figure à l'aide de dessins les phases diverses de la maladie, l'enchaînement des attitudes, les gesticulations des sujets au milieu de leurs attaques, etc., et l'on arrive ainsi à faire voir que, sous ces aspects morbides les plus incohérents, les phénomènes de l'hystérie représentent un processus identique qui évolue d'une façon originale, et que, s'il y a des phases qui sont mal dessinées et avortées, néanmoins elles s'enchaînent d'une façon réglée et forment une unité nosologique toujours identique et fidèle à elle-même.

(*A suivre.*)

REVUE DE MÉDECINE MENTALE

Neurasthénie et mélancolie dépressives. — Contribution à l'étude de l'étiologie de la mélancolie.

Mémoire couronné par la Société Médico-Psychologique. Concours pour le prix Esquirol (1892).

M. F. Boissier,

Interne des Asiles de la Seine.

L'auteur nous montre d'abord dans quelles conditions il a entrepris son travail. On n'avait fait que signaler jusqu'à ce jour, et surtout en Allemagne, les rapports de la neurasthénie avec la mélancolie. Ayant pu réunir plusieurs observations où les relations de l'épuisement nerveux et de la lypémanie paraissaient suffisamment nets, il s'est proposé de nous le présenter, avec quelques observations générales à l'appui.

Parmi les 60 malades soumis à son examen, M. Boissier a reproduit seulement les observations de ceux qui lui ont paru le moins chargés de tares héréditaires, ou dont les cas se rapprochaient le plus de l'état dépressif, avec le moins possible de complications hypochondriaques ou d'idées de persécution. Il les a classés à peu près dans un ordre correspondant à la gradation de passage de la névrose à la vésanie.

Après un rapide aperçu sur l'état actuel de la question, il insiste sur l'analogie des conditions étiologiques. Une succession de causes, ou une continuité de la cause première détermine la neurasthénie d'abord et la lypémanie ensuite ; celle-ci survient comme une phase d'aggravation. Mais si, sous l'influence d'un agent d'une brutalité plus grande, la lypémanie se déclare d'emblée, n'y a-t-il pas lieu d'y voir un état tout de suite grave, à début bruyant, de la même entité morbide, comme les choses se passent si souvent dans tant d'autres maladies. En effet, l'examen de ces lypémanies aiguës montre réunis tous les signes physiques et psychiques des deux affections, mais à un degré d'intensité supérieur à celui des cas chroniques ordinaires.

Passant ensuite à l'étude des phénomènes physiques, l'auteur se pose les questions suivantes : Que deviennent les stigmates de la névrose quand la psychose est établie ? Demeurent-ils avec leurs caractères ? Ceux qui semblent disparus ou modifiés sont-ils seulement voilés ou exagérés par le processus qui a déterminé l'aggravation ?

Dans la mélancolie dépressive, dit-il, tous les symptômes physiques de l'épuisement nerveux peuvent se retrouver et existent parfois réunis chez le même malade. Mais les uns sont aggravés, les autres n'ont pas changé d'aspect ; certains sont corrigés ou diminués par l'immobilité qu'impose la psychose.

Quant aux phénomènes psychiques, la similitude de caractère des deux états est telle qu'il est difficile, dans la généralité, d'établir une différence, à moins de chercher celle-ci dans le degré d'intensité. La lypémanie dépressive inconsciente est, en quelque sorte, le terme fixe, la cristallisation de l'état neurasthénique. Le malade tombé dans l'aboulie absolue a, pour ainsi dire, tari la source de toutes ses énergies. Il ne réagit presque plus aux impressions externes, ne regarde plus en dehors de lui. Ses sensations automatiques suggestives le trompent et ses obsessions se déterminent, se définissent et constituent l'idée fixe autour de laquelle gravite le délire.

Le 4e chapitre traite de l'asthénie psychique. L'angoisse et l'émotivité extrêmes du neurasthénique sont, avec son défaut général d'énergie, les facteurs de sa timidité et de sa défiance de lui-même. Cette émotivité, qui parfois échappe aux yeux chez les mélancoliques, existe pourtant, mais avec des manifestations moins bruyantes, et elle est d'autant moins apparente que le malade est plus déprimé. Ce ne sont plus en effet les rougeurs subites, les contractions de la face, les palpitations, la respiration haletante, le tremblement exagéré qui la dénoncent. L'irritabilité a subi chez le lypémaniaque l'influence du processus dépressif, et les réactions automatiques ont elles-mêmes perdu de leur activité. Certains de ces malades redoutent encore un entretien avec une personne étrangère, à un tel point que le tremblement qu'ils en éprouvent est visible même chez des stupides. Pour d'autres on peut, le doigt sur l'artère, saisir l'accélération cardiaque produite par l'émotion ; ou bien la rougeur monte au front de ces malades inertes et muets, et constitue le seul indice des réactions. Dans les formes hyperesthésiques anxieuses, au contraire, où la dépression est moins universelle, l'émotivité prend un caractère dominant et les moindres manifestations extérieures, les moindres phénomènes internes, réveillent chez le sujet les plus terribles angoisses.

La diminution générale de l'ensemble des énergies conduit à la prostration générale, et, à un plus haut degré, à cette stupeur sans mouvement et sans délire, sans idée, sans pen-

sée, sans aucun travail cérébral, que l'on doit distinguer de la stupeur apparente avec délire terrifiant.

Si les défaillances inégales des diverses énergies des facultés constituent selon leurs groupements les divers types de la maladie, la déchéance égale dans l'ensemble, mais inégale dans son intensité, établit la différence entre le déprimé épuisé nerveux simple et le lypémaniaque. L'un est un parétique, l'autre un paralytique.

Après avoir présenté une série de quinze observations détaillées et intéressantes, et résumé brièvement son travail en quelques pages, M. Boissier pose les conclusions suivantes : « La neurasthénie est une entité morbide dont les symptômes constants, — céphalée, insomnie, angoisse, tachycardie, troubles de la sensibilité générale, dépression — sont en rapport avec ceux de la mélancolie. »

Contribution à l'étude des troubles de la sensibilité et des réflexes dans la paralysie générale,

Par M. Guérin,
Interne des Asiles de la Seine.

L'auteur, après avoir rappelé en quelques pages les divers travaux se rapportant au sujet de son mémoire, étudie l'état de la sensibilité et des réflexes chez les paralytiques généraux. Ses observations primitives ont porté sur 175 malades ; mais il dut en éliminer 125, desquels il ne lui fut pas possible d'obtenir des renseignements suffisamment précis pour être en droit de les faire figurer sur sa statistique. Il lui reste donc 50 observations pour établir les conclusions de son travail.

D'après M. Guérin, la conservation des réflexes tendineux ou même l'exagération de certains d'entre eux, sont des phénomènes qui manquent rarement dans la paralysie générale.

Toutes les fois qu'il existe ou diminution ou abolition complète de l'excitabilité réflexe, il faut penser à des lésions médullaires concomitantes. On trouve, en même temps que les symptômes propres à la paralysie générale type, des signes d'affection de la moelle, ou même des troubles trophiques, si la disparition des phénomènes est due à des névrites périphériques.

Les réflexes pupillaires sont modifiés chez un très grand nombre de paralytiques. L'auteur a constaté l'existence du signe d'Argyll Robertson, à un degré plus ou moins accentué, 16 fois sur 50. Quant à l'inégalité pupillaire, elle existait dans

36 cas. Il y avait de la mydriase, soit de l'une, soit des deux pupilles, 21 fois ; le myosis unilatéral ou double s'est rencontré 15 fois. Généralement altérations des réflexes cutanés. Diminution ou abolition du réflexe placentaire, soit d'un côté, soit de l'autre, dans 28 cas. Très souvent ce phénomène est surtout accentué du côté du corps où les réflexes tendineux sont le plus exagérés. Sens du goût altéré chez 24 malades sur 41. Diminution ou abolition de l'odorat.

Dans 12 cas, il existait une diminution des trois grands modes de la sensibilité cutanée (sens du tact, de la température, de la douleur).

Dans une autre série, la sensibilité tactile était conservée, mais il y avait une anesthésie plus ou moins accentuée aux excitations douloureuses et thermiques. Enfin, chez sept paralytiques, il existait seulement de l'analgésie. Toutes les fois que celle-ci a pu être observée à l'état isolé ou associée à d'autres troubles de la sensibilité, elle s'étendait à la plupart des régions du corps. Cependant, elle affectait généralement, à un degré plus marqué, les membres inférieurs.

On la voyait, au contraire, presque toujours faire défaut, d'une façon plus ou moins complète, au niveau du rachis et des muscles sacro-lombaires. M. Guérin en conclut que la peau de la moitié inférieure du dos, sur les côtés de la ligne médiane, conserve le plus souvent, à peu près intacte, la sensibilité à la douleur, dans le cours de la paralysie générale, quel que soit l'état analgésique des autres régions. Il est exceptionnel, ajoute t il, que la thermoanesthésie existe seule sans être accompagnée ou précédée de troubles de la sensibilité à la douleur. Il y a lieu de penser que la méningo-encéphalite est souvent compliquée de dégénérescences médullaires, analogues à celles qui se produisent dans la syringomyélie, puisque les grands symptômes cliniques de cette dernière affection, l'analgésie et la thermo-anesthésie, se rencontrent, à des degrés divers, soit isolément, soit réunies. L'absence presque constante de troubles anesthésiques prouve que les cordons postérieurs ne sont pas atteints, chez les paralytiques généraux, toutes les fois que le tabes dorsalis ne vient pas compliquer la situation. L'on doit donc rechercher avec soin les signes de cette dernière affection, lorsque la sensibilité tactile a disparu ou est seulement diminuée. Mais il ne faut pas perdre de vue que, si la paralysie générale s'ajoute fréquemment à l'ataxie, la sclérose peut également suivre une marche descendante, et envahir la moelle en des

points très divers ; le plus souvent, ce sont les colonnes grises qui se trouvent altérées, mais parfois les faisceaux de Burdach deviennent le siège de la lésion secondaire.

Loi sur l'Hypnotisme en Belgique

Article premier. — Quiconque aura donné en spectacle en public une personne hypnotisée par lui-même ou par autrui, sera puni d'un emprisonnement de 15 jours à 6 mois et d'une amende de 26 à 1,000 francs.

Article 2. — Quiconque, n'étant pas docteur en médecine, aura hypnotisé une personne qui n'avait pas atteint l'âge de vingt-un ans accomplis ou n'était pas saine d'esprit, sera puni d'un emprisonnement de 15 jours à 1 an et d'une amende de 26 à 1,000 francs, alors même que la personne hypnotisée n'aurait pas été donnée en spectacle au public.

En cas de concours avec les infractions punies par les dispositions légales concernant l'art de guérir, la peine prononcée par le présent article sera seule appliquée.

Article 3. — Sera puni de la réclusion, quiconque aura, avec une intention frauduleuse ou à dessein de nuire, fait écrire ou signer par une personne hypnotisée un acte ou une pièce énonçant une convention, des dispositions, un engagement, une décharge ou une déclaration.

La même peine sera appliquée à celui qui aura fait sérieusement usage de l'acte ou de la pièce.

Article 4. — Les dispositions du chapitre VII du livre 1er note 85 du Code pénal sont applicables aux infractions prévues par la présente loi.

Des attaques épileptiformes dues à la présence du tænia (pseudo-épilepsie vermineuse),

Par le Dr Martha,

Ancien Interne des Hôpitaux, 1891.

Le Dr Martha, appuyant son intéressant travail sur 22 observations, arrive aux conclusions suivantes :

Les accidents épileptiformes, frappant les individus atteints de tænia, surviennent chez un très petit nombre de malades et on en trouve peu d'observations dans la science.

Ces attaques de pseudo-épilepsie présentent quelques caractères qui les différencient de l'épilepsie idiopathique ; elles

ne frappent pas le malade avec cette brusquerie caractéristique qu'on observe dans le mal caduc véritable.

Le malade a le temps de prendre des précautions, de se jeter sur un lit, de demander du secours, etc., si bien que les chutes graves et les blessures sont très exceptionnelles.

La durée des périodes convulsives et comateuses est plus longue que dans l'épilepsie idiopathique.

Ces attaques ont une certaine tendance à revêtir une forme périodique et reviennent chez le même individu tous les mois à époque fixe, tous les ans à la même saison, etc. Enfin, à l'inverse de ce qu'on observe dans l'épilepsie véritable, il peut se passer de très longues périodes entre deux attaques (deux ou trois années).

L'homme semble plus fréquemment atteint que la femme, et les antécédents nerveux héréditaires ou personnels ne jouent aucun rôle dans ces manifestations convulsives.

La prédominance des mouvements d'un côté du corps n'existe pas d'une façon aussi régulière que dans le haut mal.

Quant au cri initial, à la morsure de la langue, à l'écume de la bouche, etc., ces signes se retrouvent ou font défaut, et ne sont d'aucun secours pour le diagnostic.

La disparition du tænia fait cesser les attaques épileptiformes. Mais souvent cette disparition n'est pas concomitante et complète; le malade peut encore avoir une attaque les jours suivants, crise généralement moins forte que les précédentes.

Plusieurs malades ont été suivis pendant des mois et des années (dix ans) après la cessation des attaques et l'évacuation du tænia, et les crises épileptiformes ne se sont pas reproduites.

Thanatophobie et suicide,

Par le Dr NICOULAU.

Médecin-adjoint de l'asile Saint-Yon.

(*Extrait des Annales médico psychologiques*, 1892.)

Il s'agit des aliénés qui, las de vivre sous le coup d'une menace permanente, en devancent l'exécution. L'auteur se propose de répondre aux deux questions suivantes : Puisque la mort est, au dire des patients, certaine et prochaine, pourquoi la devancer ? — Par quelle succession de modalités psychiques en viennent-ils à s'infliger de leurs mains le sort qu'ils redoutent ?

L'état de l'aliéné peut être comparé à celui d'un homme qui a, par ses crimes, encouru la peine capitale ; le verdict est rendu ; le nombre et la gravité de ses forfaits lui interdisent tout espoir dans la clémence des hommes, il en est persuadé. A quoi tendront ses pensées huit fois sur dix ? Au suicide. Il sait pourtant bien qu'il mourra ; il sait même de quelle mort, et n'ignore pas que le suicide le moins pénible qu'il puisse tenter avec les moyens dont il dispose, est encore bien lent, bien douloureux, comparé à la décollation que borne en sa durée l'éclair du couperet. Néanmoins, ce suicide, il le tentera ; il s'étranglera sous les draps de son lit avec sa cravate, s'ouvrira les veines superficielles avec un fragment de verre, un clou, un tesson de grès, obtenus et dissimulés, Dieu sait au prix de quelles ruses, de quelle industrie ! Tout procédé lui est bon pour en venir à ses fins, tant il a hâte d'échapper aux tortures, à la morne agonie de l'attente.

C'est à ce même état d'appétence anxieuse que l'auteur attribue la conduite paradoxale des aliénés qui bien que terrifiés par l'imminence d'une fin jugée inévitable, n'en recherchent pas moins la mort, avec une opiniâtreté trop souvent couronnée de succès.

« Pour résumer nos vues d'ensemble sur la matière, conclut le Dr Nicoulau, nous dirons que l'angoisse était considérée comme raison initiale des impulsions, des actes néfastes commis par la plupart des aliénés héréditaires, cette angoisse peut se produire selon deux modes : l'un de désir auquel ressortissent les kleptomanes, pyromanes, homicides, etc., et, d'une façon générale, tous les impulsifs à tendances altruistes, hétérocentriques ; l'autre d'appréhension, s'exerçant sur des malades à tendances personnelles, égocentriques : les suicides. Dans l'un et l'autre cas, la cause déterminante de l'acte, la raison dernière de son accomplissement semble résider dans une ou plusieurs inconnues susceptibles de porter l'angoisse à son paroxysme (Appétence anxieuse). L'un et l'autre ne sont que des variations, des exagérations d'instincts normaux que la prédisposition maladive a dévoyés.

Dr René Semelaigne.

DEUX CAS DE CHIRURGIE CÉRÉBRALE [1]

M. Poirier présente à l'Académie de Médecine deux malades qui ont subi tous deux avec succès des opérations intra-crâniennes.

Le premier est un jeune homme de quatorze ans, qui s'est tiré un coup de revolver dans la tempe gauche. Le soir même de l'accident, le crâne fut largement ouvert au niveau de l'orifice d'entrée de la balle ; un flot de sang et de liquide céphalo-rachidien s'écoula par la plaie. Avec le petit doigt introduit dans le trajet de la balle, M. Poirier pénétra dans le ventricule latéral et sentit au niveau de la corne d'Ammon un petit corps dur qu'il put extraire séance tenante avec une pince hémostatique. C'était une balle du calibre 7. Les suites opératoires furent des plus simples, les phénomènes de compression cérébrale et d'épanchement intra-ventriculaire (contracture des quatre extrémités), disparurent immédiatement et quelques jours après la guérison était complète.

Le second sujet est un homme de trente-quatre ans, qui depuis 1883 était atteint d'attaques d'épilepsie jacksonienne. Ces attaques se reproduisaient régulièrement tous les quinze jours.

Le cerveau ayant été mis à nu au niveau de la zone rolandique, au moyen d'une large brèche faite au crâne avec la gouge et le maillet, M. Poirier reconnut l'existence d'une tumeur vasculaire et kystique qu'il réséqua en totalité. L'hémiplégie qui fut la conséquence immédiate de cette opération disparut au bout de trois jours. Quant aux accès épileptiformes, ils n'ont plus reparu depuis l'opération.

(1) *Semaine médicale*, 6 juillet 1892.

BULLETIN MENSUEL

DE LA

CLINIQUE HYPNOTHÉRAPIQUE DE LA CHARITÉ

Août 1892.

SALLE ANDRAL (femmes).

Malades anciennes

Félicie D., 42 ans, femme de chambre. *Vomissements incoercibles ; intolérance gastrique depuis 5 mois.*

Cette malade a pu quitter le service complètement guérie. Nous recommandons particulièrement l'étude de cette observation à tous les praticiens, car elle montre l'influence décisive du traitement par les transferts sur un cas qui avait résisté à l'action de tous les traitements habituellement employés en pareille occurrence

Marguerite J., 22 ans. *Hystérique hypnotisable.*

Cette malade, traitée par le sommeil, est beaucoup mieux depuis son entrée, les accident nerveux ont presque entièrement disparu.

SALLE LOUIS (hommes).

Nous aurons l'occasion de publier le mois prochain les notes concernant les malades nouveaux entrés dans cette salle. Actuellement la salle nous a été rendue depuis trop peu de temps pour avoir pu suivre fructueusement les malades traités.

Consultation externe.

Amanda M., couturière, 22 ans. *Hystérie, traitement par la couronne aimantée.*

Cette malade ayant régulièrement suivi son traitement par la couronne aimantée s'est trouvée sensiblement améliorée durant

ce dernier mois. L'œil droit reprend sa teinte rouge après chaque séance de trente minutes de couronne.

Marie J., 15 ans, couturière. *Claudication du membre inférieur droit, fausse coxalgie.*

La guérison de cette malade est presque entièrement terminée ; c'est une des observations les plus intéressantes que nous possédions touchant l'action hypnothérapique des transferts.

Delphine P., ouvrière 18 ans. *Nœvus congénital avec déformation de l'oreille gauche.*

On a pris une photographie du nœvus qui permet de suivre peu à peu l'amélioration obtenue chez cette malade au moyen du traitement suggestif. C'est notre troisième cas de ce genre et celui dans lequel l'amélioration fait les progrès les plus rapides.

Joséphine B., 22 ans. *Dipsomanie périodique.*

Cette malade peut être aujourd'hui considérée comme complètement guérie. Cependant elle viendra encore quelques jours chaque mois se soumettre à la suggestion.

Clermont (Oise). - Imprimerie Daix frères.

ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

UN ÉMULE DE BARRA

Par le Dr COLLINEAU.

Il est des résolutions courageuses qui peuvent, à bon droit, être regardées comme un suicide chevaleresque. Aussi bien que les adultes, les enfants en sont capables. Enthousiastes, stoïques, son en a vu affronter sans effroi les dangers les plus terribles. On en a vu sans frémir, appeler et recevoir la mort. Barra en est le modèle.

Tel n'a pas été, sans doute, l'appréciation de F. Dabadie (1), puisque dans la liste des 120 suicides qu'il décrit ne figure pas le nom de Barra.

En revanche, Des Etangs (2) en parle.

Il classe sa mort héroïque au nombre des suicides par *enthousiasme*. « Il n'avait, dit-il, que treize ans, lorsqu'il entra dans les troupes républicaines qui soutenaient la guerre dans la Vendée ; et plusieurs fois déjà, l'intrépide enfant s'était signalé par des actions d'éclat. Emporté par son courage, la retraite, un jour, lui fut coupée. Prisonnier des Vendéens, il pouvait racheter sa vie s'il consentait à

(1) Dabadie, *Les suicidés illustres*, 1849, Paris.

(2) Des Etangs, *Le suicide politique en France*, Ch. IV, p. 143, 1850, Paris.

crier : *Vive le roi* ! Un cri retentissant de : *Vive la République* ! fut la réponse de l'enfant qui tomba, nouveau d'Assas, sous les coups de l'ennemi. »

Les honneurs du Panthéon demandés pour sa dépouille, à la Convention par Robespierre, le chaleureux appui donné à la motion par David (le peintre) et Barrère, le retentissement dès la première heure acquis par son acte d'inébranlable fermeté, ont rendu son nom légendaire.

Eh bien, voici un fait qui s'est passé dans des circonstances analogues et dans les mêmes temps ; mais qui, jusqu'à présent est demeuré sans écho. Le héros, à vrai dire, portait un nom moins sonore. Il s'appelait tout vulgairement Pinot.

Dans le remarquable ouvrage qu'il vient de publier sur la *Préparation de la guerre de Vendée*, Ch. L. Chassin (1) relate des *extraits du rapport des commissaires de la Convention nationale envoyés dans les départements de la Loire-Inférieure et de la Mayenne*. Rédigé par Villers (député de la Loire-Inférieure), et contre-signé par son collègue Fouché, le *Résumé officiel* de ce rapport fait mention des massacres qui, au milieu de mars 1793, ont ensanglanté Machecoul. « Jamais, non jamais, commencent par déclarer les rapporteurs, la postérité ne croira que, de nos jours, la superstition égara les Français au point de leur faire renouveler les scènes atroces de la fin du XVI^e^ siècle ; l'homme s'est encore métamorphosé en bête féroce, et l'on a vu ruisseler dans les rues le sang des citoyens. »

Puis, au cours du récit qu'ils font des violences commises à Machecoul par les factieux dans les sinistres journées du 10 et du 11, ils ajoutent : « On arrêta le citoyen Pinot avec son fils âgé de dix-sept ans. » « Renonce à la Nation, lui disent les brigands, et nous ne te ferons point de mal ! — Non, je mourrai fidèle à ma patrie : Vive la Nation ! » Et on l'assomme. Les bourreaux se retournent vers son fils : « Tu vois le sort de ton père ? sois des nôtres, crie : Vive le Roi ! Vivent les aristocrates ! nous ne te ferons point de mal. — Mon père est mort fidèle à sa patrie ; je

(1) Ch. L. Chassin, *La préparation de la guerre de Vendée*, 1789-1793 t. III, p. 340, 1892, Paris.

mourrai de même : Vive la Nation ! » Et on l'assomme ».

Les rapports de similitude entre le glorieux trépas de Barra et celui du jeune Pinot ne sont-ils pas frappants ; et leurs noms, à tous deux, ne méritent-ils pas d'être inscrits, côte à côte, dans les Annales ?

Se plaçant, maintenant, au point de vue psycho-physiologique, quelles déductions tirer de ce double fait ?

D'abord, au même titre que celle du chevalier d'Assas, la mort de Barra et des deux Pinot a été un acte volontaire. A chacun d'eux, le meurtrier, en termes précis, fait offre du moyen sûr de l'éviter. Le moyen est repoussé. Ce sont autant de suicides.

En outre, ces suicides fournissent d'irrésistibles arguments contre la doctrine très contestée d'ailleurs, aujourd'hui, dont la prétention consiste à attribuer une origine invariablement morbide à la résolution d'en finir avec la vie. L'instant d'avant que cette tragique résolution eut germé, aucun n'avait songé même qu'il pût être amené à la prendre. Son absolutisme n'a eu d'égale que sa soudaineté. Elle a été, d'emblée, sans appel, irrévocable. Nulle considération antagoniste ne s'est fait jour qui en pût tempérer la rigueur.

En vain, chercherait-on, dans les antécédents ou les concomitances, quelque indice, si fugitif que ce soit, de nature, sous la rubrique de *prodromes*, à la faire ressortir à la clinique.

Non ; c'est un acte d'ordre strictement physiologique qui s'est accompli. Et c'est dans le domaine de la physiologie que résident les éléments de sa caractéristique. Plaçons-nous donc sur ce terrain et essayons d'en pénétrer le mécanisme.

Pour plus de simplicité, n'envisageons que les deux adolescents : Pinot, fils et Barra.

Que voyons-nous ?

Encore enfant, Barra s'est trouvé, de la paisible et riante vallée de Palaiseau, transporté dans le tumulte des camps. Il a pris part, déjà, à plus d'une affaire. Il a vu la mort frapper à coups redoublés autour de lui. Il n'a pas tremblé ; au contraire, à diverses reprises, il s'est distingué. Il ne

s'est guère passé de jours qu'il n'ait eu sous les yeux des exemples d'abnégation et de stoïcisme. Pour le triomphe d'une idée, le sacrifice de la vie est de longue date fait dans les rangs de l'armée où il combat. Pour chacun des soldats qui la composent il n'y a qu'un seul objectif, qu'une seule aspiration : l'unité de la France, le salut de la République. Il ne vient à l'esprit de personne qu'on puisse voir les choses autrement. Voilà les antécédents de Barra ; voilà les influences de milieu qui, depuis qu'il pense, depuis qu'il agit, depuis qu'il compte pour un homme, se sont exercées sur son esprit et ont virilisé son caractère.

Habitant d'une contrée déchirée par les dissensions intestines, Pinot, à l'âge où la réflexion prend son essor, a assisté au prologue et aux premiers actes de ce lugubre drame dont les péripéties se sont déroulées sans désemparer, depuis trois ans ; tantôt se poursuivant en sourdes et perfides menées, tantôt comme à Carhaïx, à Chatillon, à Bressuire en 1792, éclatant en violences sans nom.

Ce n'est pas simple spectateur qu'il a été ; c'est tout au moins comparse ; car, lui aussi, il occupait la scène.

Appartenant à une famille de patriotes, il s'est, trois années consécutives, trouvé mêlé à des discussions, à des colloques auxquels tour à tour l'angoisse, la passion, l'enthousiasme ne pouvaient rester étrangers. Vivant en pays, à proprement parler, ennemi, il a dû, dans la mesure de ses forces, concourir à déjouer les intrigues, flairer les embûches, organiser la défense, préparer l'action.

De longue main, déjà, il avait pris parti. Issu d'un père énergique et dans ses convictions, incoercible, — à sa dernière heure, il l'a courageusement prouvé, — c'est à ses côtés qu'il marchait. C'étaient ses opinions qu'il avait fait siennes ; c'était de ses conseils et de son exemple qu'il entendait s'inspirer. Voilà les antécédents de Pinot. Voilà les influences de milieu qui ont laissé dans son entendement, profondément gravée, leur empreinte.

Maintenant, voici que deux jeunes gens amenés par des voies tout à fait distinctes, à des principes adequates, inopinément se trouvent face à face avec la mort. Les circonstances fortuites dans lesquelles elle se présente à l'un et à l'autre sont identiques ; c'est le *tormentum belli*. La forme

qu'elle revêt est une ; c'est l'adversaire, l'homme armé pour le renversement des principes qu'ils ont adoptés, eux, et défendus. Son langage est le même : « Veux-tu que je t'épargne ? — Sois rénégat. »

En ces deux cerveaux que s'est-il passé ? Furieux, inexorable, en armes, l'ennemi était là. Sa présence frappait l'organe de la vue. Menaçantes et sans équivoque, ses injonctions frappaient l'organe de l'audition. Un acte réflexe d'une intensité insolite en devait nécessairement résulter.

Or, Herzen (1) décompose, ainsi, l'acte réflexe. Impression externe.—Transmission centripète de l'ébranlement, par l'intermédiaire des fibres nerveuses qui relient la périphérie aux éléments nerveux centraux. — Réaction interne, au sein des éléments centraux. — Transmission centrifuge par l'intermédiaire des fibres nerveuses reliant les éléments nerveux centraux à la périphérie. —Réaction externe, c'est-à-dire traduction en acte du travail intra-cérébral accompli. Eh bien, dans les deux cas qui nous occupent presque simultanément, l'impression visuelle et l'impression auditive ont été transmises de l'organe sensoriel au cerveau. Incontinent, le branle a été donné à toutes les impressions contingentes antérieurement perçues et que, dans leurs fonctions d'appareil récepteur, les cellules cérébrales avaient successivement emmagasinées. Irrésistible autant qu'instantané, a été l'éréthisme. Et, sans délai, sans hésitation, sans que nulle excitation nerveuse frénatrice ait eu le temps, même, de poindre, avec une extrême vivacité, l'action inter-centrale s'est traduite en une volition catégorique. Et cette volition s'est réfléchie sous la forme fière d'un *veto* sans appel. Et pour celui-là même par la bouche de qui il se formulait, ce *veto* était un arrêt de mort.

La mort, c'était donc qu'il l'acceptait, qu'il la voulait, qu'il l'appelait. Dans sa conscience obtuse et fruste, l'exécuteur a dû se sentir allégé d'autant. L'exécution, du reste, ne se fait pas attendre. Les fusils sont braqués ; sur le champ, on fusille l'un. Les bâtons sont levés ; sur le champ, on assomme l'autre.

(1) Herzen. *Le cerveau et l'activite cérébrale*, p. 19, 1887. Paris.

Scientifiquement, pour Pinot comme pour Barra, cette fin tragique est un suicide ; un suicide, si l'on veut, par .... procuration ; mais enfin, une mort volontaire, ceci ne souffre pas la discussion.

Pouvait-il en être autrement ? Les réactions nerveuses frénatrices, l'inhibition, avaient-elles eu seulement le temps de naître ? L'instinct de la conservation avait-il eu celui de parler ? Dans la situation terrible que la fatalité des circonstances leur avait faite, Barra et Pinot, en un mot, étaient-ils *libres* de penser, de *vouloir* et d'agir autrement qu'ils ne l'ont fait ? — Evidemment non. « Le concept *positif et réel* qui doit remplacer le concept négatif de la liberté, dit Herzen (1), est celui de l'*individualité* ; l'individu est libre de *faire* ce qu'il veut, quand l'exécution de la volition n'est pas entravée ; mais il n'est pas libre de *vouloir* ce qu'il veut, car ses volitions sont le produit de son organisation physique et psychique, en partie héritée, en partie *élaborée par les circonstances au milieu desquelles il s'est développé et se trouve actuellement.* »

Or, l'un comme l'autre ils envisageaient la vie sous un aspect déterminé. Servir la République devait en être, à leur sens, l'unique objet. Vivre, désormais, c'était trahir. Le devoir était de mourir. Ils l'ont fait. Pinot avait sous les yeux le cadavre pantelant de son père. Barra gardait la mémoire des compagnons d'armes tombés, la veille, en combattant. Tous deux, ils ont obéi à un mobile dicté par des impressions antérieures multiples, réitérées et profondes, par des impressions gravées d'une manière indélébile en leur esprit, dont leur cerveau était resté le réceptacle et qui, au moment suprême, ont impérieusement commandé. La puissance de l'éréthisme intra-cérébral a fait l'impulsion irrésistible. En d'autres termes, avec une irréductible énergie, le cerveau a fonctionné, dans le sens *direct*, où il était de longue main préparé à fonctionner.

Pinot, pas plus que Barra n'était, disons-nous, *libre* de ne *pas vouloir* mourir. Leurs exécuteurs l'étaient-ils de ne *pas vouloir* les tuer ? Pas davantage. Depuis plus de cent ans, les prédications enflammées des missionnaires du

(1) Herzen, *loco citato*, p. 158.

Saint-Esprit secondés à Saint-Laurent-sur-Sèvre (où la maison-mère existe encore) par les Filles-de-la-Sagesse, surchauffait le fanatisme des paysans de la Vendée, du Maine, de la Bretagne et de l'Anjou. Les événements des dernières années avaient porté la surexcitation à l'extrême.

La lutte entre prêtres insermentés et assermentés (*bons* prêtres et prêtres *jureurs* selon le langage populaire du temps) avait été le premier brandon de guerre civile. A l'occasion de l'appel sous les drapeaux de 300.000 hommes, à l'instigation de ténébreuses et subtiles menées, la colère avait monté et atteint, dans ces cerveaux incultes et crédules, au paroxysme. C'étaient des frénétiques lorsque le 3 mars 1792, à Cholet, la grande insurrection vendéenne éclata. Entrer en rébellion contre le nouveau régime c'était combattre pour Dieu. Succomber dans la lutte, c'était monter au ciel tout droit. Même à ceux qui mouraient la résurrection à brève échéance était promise. Entre toutes, c'était œuvre pie que de sonner dans tous les clochers, le tocsin, piller les maisons des curés constitutionnels et des juges de paix, maltraiter, massacrer les officiers municipaux, promener de district en district la torche de l'incendie, « couper le cou aux *patriauds* (1) ». Et pourtant, au rapport d'un témoin oculaire, (personnage officiel), à celui de l'administrateur du département de la Vendée, Mercier du Rocher (2), les habitants de ces contrées « n'étaient pas, comme on l'avait imprimé, *nés pour la révolte*. Doux, humains, généreux ; mais faibles, ignorants, superstitieux à l'excès, faciles à tromper » on, leur avait troublé l'esprit par toutes sortes de jongleries : Apparitions célestes dans le mystère des forêts — injonctions émanant de la divinité — prétendus miracles — fausses nouvelles — bruits alarmants — assimilation des patriotes aux suppots de Lucifer (3).

(1) *Patriaud*, corruption du mot *patriote*. Appellation populaire des partisans du régime nouveau.

(2) Ch. L. Chassin. *Rapport de Mercier du Rocher à la Convention sur les causes de la durée de la guerre de la Vendée. Loco citato*, t. III, p. 312.

(3) *Nota*. « Tenez, disait le 14 mars à Tiffauges à l'un d'eux, Guoy-Guerry qui venait d'être nommé commandant : Tenez, prenez cette fourche, vrai défenseur de la foi, et poursuivez les démons jusqu'à l'en-

Férus de semblables croyances, que *pouvaient vouloir* ces chouans, alors qu'ils tenaient désarmé leur adversaire sous la main ? — Mettre à profit l'occasion et s'en défaire. L'état mental où de perfides conseillers les avaient mis, joint à la fièvre du moment, les devait nécessairement rendre presque inaccessibles à aucune autre sollicitation psychique. Pourtant, en présence de gens réduits à l'impuissance, leur générosité native a eu des velléités de réveil. Un moment, un seul moment, la voix de la clémence a tenté de se faire entendre. C'est justice leur rendre que de reconnaître qu'ils ne se sont pas montrés absolument sourds à son fugitif appel. Conséquents avec eux-mêmes, alors, ils ont imposé une condition. Celle qu'ils ont imposée était la seule qui, à leurs yeux, fut admissible : l'abjuration formelle de doctrines auxquelles ils ne comprenaient rien ; de doctrines que, dans la confusion et l'étroitesse de leurs idées, l'épaisseur de leur ignorance, la puérilité niaise de leur crédulité, la grossièreté primitive de leur superstition, l'aveuglement sanguinaire de leur fanatisme, ils jugeaient comme autant de sacrilèges et démoniaques inspirations. Ils ont essuyé un refus sans réplique. Dès lors, ils ne *pouvaient plus ne pas vouloir* sévir. Aucune entrave matérielle ne les retenait ; ils ont sévi. « Dégagée de toute contrainte, pour employer la formule de Herzen (1), leur action a été l'expression pure de leur essence individuelle. » Bref, victimes et bourreaux ont obéi aux influences que l'atavisme, l'entraînement, le milieu et la fatalité dramatique des circonstances avaient exercé sur leur cerveau.

Autre point de vue. Sur la personne des deux Pinot et sur celle de Barra, il n'en a pas moins été commis un meurtre. A qui en incombe la responsabilité ? La question est complexe autant qu'épineuse. La discuter à fond nous mènerait trop loin. Et puis, le sujet impliquerait des développements historiques qui ne sauraient trouver place ici.

fer ». Et dans le journal qu'il tient de ses faits et gestes, il ajoute: « Ceci attendrit le cœur de beaucoup, au point qu'il y en eut qui en pleurèrent ». (C. L. L. Chassin, *loco citato*, t. III, p. 321).

(1) Herzen, *loco citato*, p. 159,

Quelques jalons seulement, propres, ce nous semble, à peser d'un grand poids sur les conclusions.

« Les foules rurales, dit Tarde (1), sont beaucoup plus que les autres malaisées à susciter, mais une fois en mouvement, elles ne s'arrêtent plus ; elles foncent sur leur but avec l'intrépidité du taureau lancé. » Or, il s'agit, dans l'espèce, de paysans « ignorants, superstitieux, faciles à tromper », c'est Mercier du Rocher qui en témoigne, et qui ont été indignement trompés, systématiquement, longuement fanatisés, que le vertige et la fascination du sang emportent.

D'autre part, la contagion du meurtre est pour l'intensité sans seconde. Au dire de Tarde, encore, « la vue du meurtre est plus contagieuse assurément que la vue de l'accouplement sexuel », et il rappelle les tableaux tracés par Michelet, Taine, Maxime du Camp, sur la puissance d'entraînement exercée par le spectacle des massacres sur d'honnêtes gens devenus bandits par épidémie homicide. Or, on était en pleine guerre civile. Par ordre supérieur, le sang coulait. Tout était à sac, à feu et à sang.

En outre, si l'on a pu soutenir que la responsabilité collective est en raison inverse de la responsabilité individuelle, et si la précision mathématique de cette formule a pu séduire des esprits sérieux, Tarde (2), avec raison, en fait la remarque : « Cette formule n'est juste, dans une certaine mesure vague, qu'à l'égard des menés ; elle ne l'est pas à l'égard des meneurs à qui s'appliquerait plutôt une formule précisément inverse. Je dis qu'elle s'applique aux menés ; car l'individualité de ceux-ci s'affaiblit d'autant plus que l'organisation de la foule ou de la secte, du torrent ou du tourbillon humain qui les emporte, se fortifie, se centralise, s'individualise davantage. » Or, c'est précisément à partir du moment où l'insurrection vendéenne, de longtemps préparée par les maisons religieuses de Saint-Laurent-sur-Sèvre, commença, sous la conduite de chefs militaires capables de prendre des dispositions stratégiques et de suivre un plan maturément élaboré, à s'organiser à se centraliser et

(1) G. Tarde, *Les Crimes des foules*. Archives de l'Anthropologie criminelle, n° du 15 juillet 1892.

(2) G. Tarde, *loco citato*, p. 383.

à se généraliser avec méthode, c'est à partir de ce moment que l'on vit se perpétrer les plus exécrables forfaits.

Enfin, au flambeau de son expérience consommée d'historien, Ch. L. Chassin (1) émet un jugement qui confirme, en la concrétant, la pensée de Tarde et fait, en équité, la part de chacun. « Par des massacres isolés, écrit-il, par des massacres de prisonniers surpris avant toute lutte sérieuse, rendus avant d'avoir été vaincus, débuta la grande insurrection qui va devenir la guerre dite « sainte ». Plaider les circonstances atténuantes de l'irresponsabilité des foules, c'est, ici, découvrir la responsabilité de ces missionnaires et de ces confesseurs qui, par un travail de longues années, ont mis leurs fidèles dans un tel état d'esprit qu'ils puissent en pleine sécurité de conscience, renouveler à la fin du XVIII[e] siècle, les horreurs du XVI[e] et comme dans la barbarie du moyen âge, tuer, tuer tout, en laissant à Dieu le soin de reconnaître les siens. »

La vérité est que, pour la plupart anciens officiers des armées de terre ou de mer de Louis XVI, les nobles qui, par la suite, prirent la direction du mouvement ne le firent qu'au bout de quelques jours après s'être assurés qu'il prenait consistance ; qu'avec une foudroyante rapidité, la révolte éclata de toutes parts plus tôt qu'ils n'auraient voulu, car leur projet était de la faire coïncider avec l'invasion étrangère ; et qu'enfin, par leurs propres forces, grâce à leur seul prestige sur les masses ils eussent été dans l'impuissance radicale de fomenter, avec avantage, un aussi formidable soulèvement.

Sans plus de commentaires, livrons ces documents aux appréciations.

(1) Ch. L. Chassin, *loco citato*, t. III, p. 318.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

SUR LA

STRUCTURE ET LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

LEÇON D'OUVERTURE DES CONFÉRENCES FAITES A L'HOPITAL DE LA CHARITÉ

Par le docteur J. Luys.

(*Suite.*)

VII. — Si maintenant nous quittons l'examen des manifestations morbides qui ont pour siège le névraxe et la moelle épinière pour remonter plus haut et concentrer notre attention sur la masse du cerveau proprement dit, vous allez voir combien encore dans ce département spécial, les hommes de notre génération sont arrivés à constater des faits du plus haut intérêt, et qui sont l'honneur de ceux qui vivent et de ceux qui les ont précédés dans la carrière.

Je ne pourrai faire autrement que de vous parler de cette question si intéressante des localisations cérébrales acceptée pour vraie par beaucoup de bons esprits, et qui cependant, quoique assise sur des données suffisamment démonstratives, ne paraît pas encore avoir entraîné la conviction de tous les observateurs.

J'aborderai ensuite avec vous la valeur de cette autre question fondamentale mise en avant par Broca, celle de la localisation de la faculté du langage articulé dans la troisième circonvolution frontale gauche ; question complexe, beaucoup plus obscure qu'on se l'imagine, et qui touche directement à celle de la genèse de la parole et à son expression phonétique. — J'espère vous montrer que cette localisation, en apparence si précise dans la troisième frontale, a besoin d'une étude d'ensemble pour être convenablement interprétée, et qu'elle n'a pas la valeur absolue qu'on veut bien lui donner. Vous devez savoir, en effet, que, s'il existe des exemples indubitables dans lesquels la lésion de la troisième frontale a entraîné l'abolition du langage, il existe aussi des exemples non moins probants dans lesquels la perte de la parole a coïncidé avec des lésions destructives de régions autre de l'écorce, et j'espère arriver à vous montrer que les opérations de l'élocution verbale, sont des phénomènes d'ensemble, des phénomènes d'émission volontaire qui ont besoin pour s'exécuter physiologiquement du concours de toutes les activités cérébrales, et qu'en définitive l'action d'émettre des sons articulés voulus n'est qu'une des modalités multiples de l'action de la Volonté. A ce point de vue, le rôle de la troisième frontale

doit être considéré comme l'instrument somatique de l'expression verbale et, en quelque sorte, comme la porte de sortie de la parole intérieure engendrée dans les régions de l'activité psychique.

VIII. — C'est encore en concentrant leurs efforts sur le domaine spécial du système nerveux que les médecins aliénistes du milieu de ce siècle sont arrivés, pièce par pièce, morceau par morceau, à créer cette immense unité nosologique dont on trouve à chaque instant la présence dans le domaine de la pathologie mentale et qui constitue la *paralysie générale*.

La connaissance de la paralysie générale avec ses formes expansives ou dépressives, avec ses formes variées est, en effet, une conquête légitime de la génération contemporaine et l'œuvre presque exclusive des médecins français du milieu de ce siècle, des Georget, des Delaye, des Calmeil, des Baillarger, etc. Il est vraiment étrange qu'une unité nosologique aussi nettement caractérisée ait échappé au génie de Pinel, à la sagacité profonde d'Esquirol, et qu'il faille arriver à notre époque pour reconnaître une maladie aussi commune et aussi répandue.

Cette étude nouvelle de la paralysie générale a permis de rétrécir encore de plus en plus le cadre des vésanies proprement dites, et de faire considérer un grand nombre de symptômes autrefois vésaniques comme les expressions directes des lésions organiques du substratum organique en cours d'évolution. — J'espère vous montrer, à l'aide de pièces anatomiques et de préparations photographiques, les désordres profonds qui constituent l'élément caractéristique de la maladie ; et vous verrez que, là encore, vous retrouverez comme facteur pathogénique essentiel, une hyperplasie diffuse ou localisée de la névroglie, dont les éléments en période de prolifération progressive enserrent les tissus actifs, oblitèrent les vaisseaux, détruisent les cellules nerveuses, et finissent par amener dans un temps déterminé, la destruction lente et progressive de tous les éléments de l'activité cérébrale, et parallèlement l'usure des facultés.

IX. — A côté de ces acquisitions fécondes, qui ont créé pour l'étude des maladies cérébrales des classifications nosologiques régulières et nettement définies, je considère comme un progrès considérable accompli parallèlement, la connaissance plus nette et plus précise de l'anatomie des plis et replis de l'écorce.

L'étude de la topographie cérébrale si peu connue il y a environ une vingtaine d'années non seulement par les anatomistes, mais encore par les médecins, faute d'une carte topographique usuelle des différents territoires de l'écorce, était

véritablement un monde anatomique ignoré. — C'était l'époque où on séparait à peine les circonvolutions les unes des autres, où il n'y avait pas de routes tracées pour suivre leur description ; chacun confondant les plis et les replis entre eux, et donnant même des noms différents à la même circonvolution. — A mesure qu'une synonymie a été donnée et que des procédés descriptifs ont permis de mieux reconnaître les lois générales qui président à la disposition des différents plis et sillons de l'écorce cérébrale,il en est résulté un véritable bienfait pour la connaissance de la topographie de l'écorce, et en particulier pour l'appréciation rapide des variétés corticales qui apparaissent dans la morphologie du cerveau des aliénés.

Pour quiconque, en effet, possède dans l'œil, et par suite dans l'esprit, l'image de la topographie du cerveau à l'état normal, il est la plupart du temps possible de reconnaître d'emblée une série d'imperfections corticales, tels que les arrêts de développement, les hypertrophies localisées qui donnent au cerveau de l'aliéné une physionomie spéciale et permettent de reconnaître avec une certaine précision combien les anomalies organiques sont intimement liées aux anomalies des fonctions mentales.

X. — Je n'insiste pas, Messieurs, plus qu'il ne convient sur l'étendue des horizons nouveaux que je vous convie à connaître, en vous montrant comment, dans ce domaine immense de la neurologie, l'étude de l'anatomie, celle de la physiologie et de la pathologie, ne doivent faire qu'une véritable trilogie destinée chacune à prêter à sa congénère son appui spécial, et je ne saurais trop vous le dire : — si vous voulez faire des études sérieuses, non seulement en neurologie générale, mais encore en pathologie mentale, faites de l'anatomie et toujours de l'anatomie, car, je vous le répète, plus vous en ferez, et plus vous descendrez dans les profondeurs de la vie intime du système nerveux, plus vous aurez des découvertes intéressantes à enregistrer ; et, pénétrez-vous bien encore de ceci : Malgré toutes les acquisitions dont ce domaine spécial de la pathologie humaine vient de s'enrichir, il y a encore bien des chapitres nouveaux à fouiller, et je dirai même à créer ; ceux de l'anatomie comparée du système nerveux sont à perfectionner ; — celui de la morphologie cérébrale, au point de vue anthropologique, est à peine indiqué, et enfin — celui du développement embryogénique de l'encéphale humain, malgré les travaux importants dont il a été l'objet, laisse encore une vaste réserve aux recherches des investigateurs.

Tout ce que je viens de vous dire, Messieurs, pourrait bien vous suffire comme programme d'étude neurologique, mais il est de fait dans ce domaine spécial de la science humaine que

le mouvement ne s'exerce pas petit à petit, mais à grande vitesse, sollicité en quelque sorte par les forces mystérieuses neurologiques dont il est le théâtre.

Je viens de vous parler d'une série de découvertes récemment enregistrées et de vous exposer brièvement l'état actuel de nos connaissances, et voilà que ce qui était nouveau hier est déjà dépassé aujourd'hui, — voilà que la mise en lumière des phénomènes de l'hypnotisme vient inopinément de révéler une série de phénomènes aussi imprévus qu'étranges, et qui sont destinés tôt ou tard à avoir un retentissement considérable non seulement dans le domaine des choses de la psychologie normale, mais encore dans celui de la pathologie mentale.

Avec ces procédés d'hypnotisation dont les travaux de Charcot ont si magistralement indiqué l'enchaînement, nous pouvons, en quelque sorte à volonté, faire chez l'homme vivant, de véritables vivisections psychologiques, éteindre et annihiler passagèrement les phénomènes de la conscience, développer les émotivités latentes de la sensibilité humaine et inculquer chez les sujets hypnotisés ces incitations mystérieuses et terribles qui, à un moment donné, iront éclater à un jour, à une heure donnée, sous forme de suggestions impulsives.

C'est encore avec ces merveilleux procédés d'étude que l'on peut développer artificiellement chez les sujets prédisposés ces phénomènes transitoires si caractéristiques que l'on trouve dans la pathologie mentale, des hallucinations de tel ou tel sens, des délires spéciaux appropriés, des transformations de la personnalité, et cette série de suggestions à distance que les travaux de Bernheim et de Liégeois (de Nancy) ont si nettement exposés ; phénomènes remplis d'intérêts qui représentent, sous une forme transitoire, les reproductions artificielles des actes impulsifs accomplis par les aliénés.

Ce sont là, Messieurs, des voies nouvelles d'investigation nées seulement d'hier, qui s'offrent aujourd'hui à vous, et que je vous convie à mettre prudemment en œuvre (1).

Vous trouverez, dans ces voies nouvelles, des attractions invincibles, et ces satisfactions si captivantes qui s'emparent de l'esprit lorsqu'on s'avance vers les régions de l'inconnu. Et ceux d'entre vous qui prendront pour objectif de leur vie l'étude de la psychiatrie, seront tous surpris des ressources nouvelles que les pratiques de l'hypnotisme apportent à leurs travaux. Ils pourront ainsi créer artificiellement des états psychiques transitoires, étudier à l'aise le mécanisme et les phases d'un certain nombre d'opérations mentales, et apporter à ce département de la pathologie humaine

(1) Je dis prudemment, car j'exposerai plus loin les dangers que l'on peut faire courir à certains sujets hypnotisés.

un tribut d'observations sérieuses assises sur les bases d'une physiologie méthodique ; et je ne doute pas, comme conséquence de leurs labeurs, qu'ils ne rencontrent sur leur route des aperçus imprévus et des données utilisables par la thérapeutique des maladies mentales.

XI. — En traçant devant vous, Messieurs, le résumé des principales questions que vous aurez à étudier dans le domaine de la pathologie du système nerveux, vous voyez combien cette étude spéciale se caractérise nettement, et combien elle touche l'homme par des contacts multiples. — Elle l'envisage non seulement au point de vue de lui-même, mais encore au point de vue des influences héréditaires qu'il tient de ses ancêtres et de celles qu'il transmet à sa descendance. — Elle le suit dans son milieu social, à ses différents âges, ainsi qu'aux différentes étapes qu'il parcourt. — Elle touche aux questions les plus intimes de la vie organique et s'élève aux problèmes les plus compliqués de la vie sociale : ceux que soulèvent la liberté et la responsabilité morale et la criminalité. Et, entre ces deux extrêmes de la route, que de problèmes intermédiaires sur lesquels vous serez appelés à méditer et à formuler vos avis !

Je vous garantis donc, Messieurs, que, dans cette voie d'étude, ce ne seront pas les matériaux qui vous feront défaut ; et, si vous avez une forte dose d'activité cérébrale à mettre au service de la science ; si vous voulez suivre la carrière non pas en touriste qui se fait nonchalamment traîner sur les grandes routes battues, mais en pionnier qui creuse et pioche lui-même son sillon, croyez moi, engagez-vous hardiment dans la voie qui vous est ouverte, c'est le bon moment, et vous y trouverez sûrement quelque filon abandonné par vos devanciers.

Si vous avez la peine, vous aurez par contre le plaisir de voir des objets nouveaux, de pénétrer au fond des choses, et en vous avançant ainsi tous les jours, de faire pour votre esprit, pour vous-mêmes des acquisitions nouvelles qui enrichiront vos réserves et donneront satisfaction à ces appétitions intimes pour l'inconnu, que tout homme qui aime vraiment la science doit, à tout âge de la vie, n'abandonner jamais et porter continuellement en lui comme le véritable *pabulum vitæ* de sa vie intellectuelle et sociale.

PHYSIOLOGIE APPLIQUÉE

—

DE L'ÉLECTRISATION CÉPHALIQUE

Par le Dr Ch. Letourneau (1)

Secrétaire général de la Société d'Antropologie.

I. — Un des faits les plus importants, un des événements de la physiologie moderne, a sûrement été la découverte des nerfs vaso-moteurs. Il en a découlé et il en découlera encore bien des applications à la médecine pratique. Ce sont de pareilles conquêtes, qui finiront par transformer en science le vieil art médical. Beaucoup de médecins ont plus ou moins compris la portée de ce pas en avant, et la théorie des nerfs vaso-moteurs a été bien souvent invoquée, durant ces vingt dernières années, pour expliquer nombre de phénomènes pathologiques et thérapeutiques. Parfois même on a demandé à cette théorie plus qu'elle ne peut donner, et nous avons vu recommencer avec des appellations diverses le vieux procès entre humoristes et solidistes. Mais, sans oublier que la quantité et la qualité du sang ne sont point tout dans l'économie, en tenant compte de la constitution propre, de l'individualité des éléments histologiques, on ne saurait nier que la composition, la nutrition de ces éléments dépendent étroitement du courant sanguin qui les alimente et les débarrasse des résidus nutritifs, et que, par suite, tout action exercée sur la vitesse et le débit du courant sanguin dans les capillaires atteindra par contre-coup les éléments histologiques que ce courant dessert. Aussi, tout en restant dans le voisinage immédiat des faits physiologiques, en ne s'en éloignant pour théoriser que tout juste assez pour concentrer ces faits, suivant le conseil de Fr. Bacon, comme une lentille concentre les rayons lumineux, on peut certainement induire de l'action physiologique des nerfs vaso-moteurs plus d'une application médicale. C'est ce que nous avons tenté de faire.

(1) Communication faite au Congrès pour l'avancement des Sciences, 23 août 1878.

Refaire ici l'histoire si connue des nerfs vaso-moteurs serait sûrement prendre une peine superflue ; néanmoins il ne sera pas inutile, pour l'intelligence de ce qui va suivre, d'en rappeler très brièvement les points principaux :

Depuis Henle, on sait que la tunique moyenne des artères et artérioles contient des fibro-cellules, fusiformes, contractiles, annulairement disposées et ayant de $0^{mm},05$ à $0^{mm},07$ de millimètre de longueur. Sous l'influence de divers excitants, dont le plus sûr et le plus commode à manier est le courant électrique, ces éléments musculaires se contractent avec une certaine lenteur, et le résultat de leur contraction est la diminution ou l'obturation du calibre vasculaire. Or, cette contraction, qui peut s'obtenir par une excitation directement portée sur le vaisseau, résulte aussi bien, mieux peut-être, de l'électrisation des filets nerveux sympathiques se terminant dans la paroi vasculaire et que, pour cette raison, l'on a appelés nerfs vaso-moteurs. D'innombrables expériences pratiquées sur des mammifères, des oiseaux, des reptiles, même des poissons, ont mis hors de doute qu'il y a là un fait général. Aussi, laissant de côté les faits contradictoires, mal expliqués encore, et pour l'explication desquels des physiologistes éminents, comme M. Schiff, ont imaginé des nerf vaso-dilatateurs, on peut affirmer que, dans l'immense majorité des cas, l'irritation des nerfs vaso-moteurs provoque la contraction vasculaire, tandis que leur section, leur paralysie, est suivie de la dilatation des vaisseaux. En résumé, on peut, par des moyens appropriés, produire soit l'anémie, soit la congestion d'un organe donné, si cet organe est suffisamment isolé au point de vue de sa circulation.

Mais toutes les artères ne sont pas également douées sous le rapport de la contractilité ; les unes sont pauvres, les autres sont riches en fibro-cellules musculaires. Comme il est naturel, les plus contractiles sont celles qui sont chargées d'alimenter des organes très vasculaires, à circulation très active, comme les glandes, comme le cerveau, dont nous voulons surtout nous occuper.

C'est surtout, on le sait, l'étude des nerfs vaso-moteurs de la tête, savoir, du cordon cervical et du ganglion cervical supérieur, qui a servi de base aux beaux travaux moder-

nes sur la physiologie des nerfs vaso-moteurs. Les expériences de Claude Bernard à ce sujet sont célèbres et classiques. On sait, par elles, que la section du sympathique cervical et mieux encore l'arrachement du ganglion supérieur, d'où partent la plupart des nerfs vaso-moteurs de la tête, provoquent le resserrement de la pupille ; car les fibres radiées de l'iris sont alors paralysées ; en même temps, il se produit une congestion de l'oreille, très visible sur le lapin albinos. On sait, de plus, que cette congestion s'accompagne d'une notable élévation de température dans les organes. dont la circulation est ainsi troublée (10 à 15 degrés en plus). Enfin, des phénomènes circulatoires et thermiques identiques résultent de la section du sympathique, dans la pie-mère, dans l'hémisphère cérébral du même côté. De plus, tous les phénomènes que nous venons d'énumérer disparaissent rapidement, quand on excite le bout central du nerf sectionné. Alors la pupille se dilate, la pie-mère devient exsangue, la température s'abaisse. On peut même ainsi, comme l'ont vu M. Vulpian et d'autres physiologistes, dissiper une violente congestion de la conjonctive, préalablement occasionnée par l'instillation d'une goutte d'ammoniaque dans l'œil du côté lésé. Mais ces faits ont une portée médicale considérable ; car cette irrigation sanguine du cerveau et de la tête, que nous pouvons ainsi augmenter ou diminuer à volonté, est la condition essentielle du fonctionnement cérébral. Sans doute la théorie scientifique du sommeil n'est point encore achevée ; mais, si l'anémie cérébrale n'est point l'unique condition du sommeil, elle l'accompagne pourtant d'habitude, comme l'ont constaté Pierquin Caldwel, Blumenbach, Claude Bernard, etc. Les deux premiers ont même vu, dans des cas de perte de susbstance crânienne, le cerveau, affaissé pendant le sommeil tranquille, se tuméfier durant le rêve. Puis les belles expériences du professeur Mosso ont établi que tout fonctionnement de la vie de conscience a pour condition une congestion cérébrale et une anémie périphérique. Enfin, tout le monde connaît la célèbre expérience du professeur Brown-Séquard, ressuscitant la tête décollée d'un chien en y faisant circuler un sang vivifiant et oxygéné. Rappelons encore, que Lombard (de Boston), M. Schiff, P. Broca, ont, par des procédés divers,

constaté l'échauffement de la substance cérébrale en action. Or, d'ordinaire, échauffement et congestion active se tiennent.

Par conséquent, si nous pouvions, à volonté, diminuer ou augmenter méthodiquement l'afflux du sang artériel dans la trame du cerveau, nous posséderions un puissant moyen d'action sur la vie de conscience. Non pas, encore une fois, que toute la vie cérébrale dépende uniquement du courant sanguin ; car les cellules conscientes ont leur individualité biologique, leur structure moléculaire ; mais, au sein des cellules cérébrales, l'équilibre moléculaire est sûrement très instable ; cet équilibre dépend, pour une large part, du volume, de la vitesse du courant sanguin parcourant les capillaires, et il n'y a nulle témérité à affirmer, qu'en modifiant l'alimentation sanguine on modifiera sûrement la vie de conscience.

Sans doute, il ne saurait plus, chez l'homme, être question de vivisection ; mais les courants électriques traversent sans peine les tissus vivants. Alors, il est vrai, le résultat obtenu est toujours quelque peu complexe ; car les courants se diffusent. Il ne faut plus s'attendre aux phénomènes nettement isolés, que l'on obtient en agissant directement sur des filets nerveux soigneusement disséqués. Pourtant les faits principaux s'obtiennent encore. Chaque jour les médecins électriciens s'adressent, à travers les téguments, au ganglion cervical supérieur, pour combattre, chez l'homme, certaines affections du globe oculaire, et, nous-même, comme on va le voir, nous avons pu provoquer, médicalement chez l'homme et expérimentalement chez les animaux, la plupart des faits, qu'obtiennent les vivisecteurs, en coupant le cordon cervical sympathique.

II. — Nous résumerons d'abord quelques expériences faites dans le laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine, en présence et avec le concours de M. le docteur Laborde. L'appareil électrique employé a toujours été la petite pile à courant continu de M. Trouvé.

Première expérience. — Une chienne de moyenne taille est liée sur le dos, et, afin de pouvoir surveiller les troubles cardiaques, on implante, à travers la paroi thoracique, une

aiguille munie d'un pavillon indicateur dans la paroi ventriculaire.

L'électrode positive est appliquée sur la nuque de l'animal immédiatement au-dessous de l'occipital. L'électrode négative est placée derrière l'angle gauche du maxillaire inférieur, et, comme elle est d'un certain volume, elle couvre sûrement le ganglion supérieur cervical. Tout étant ainsi disposé, le courant est fermé, d'abord à dix éléments, en augmentant graduellement, dix par dix, jusqu'à quatre-vingts. Dans de pareilles conditions, on agit sûrement sur le pneumogastrique ; aussi les battements du cœur se ralentissent peu à peu et deviennent très irréguliers ; mais il n'y a pas de syncope.

La pupille se contracte lentement pendant le passage du courant continu, graduellement augmenté, comme si le nerf oculo-moteur commun était excité. Puis l'interruption de ce courant continu de quatre-vingts éléments détermine :

1° Une sorte de contraction tétanique du cœur, se manifestant par un tremblement continu de l'aiguille indicatrice.

2° A chaque interruption, les yeux, surtout l'œil gauche, deviennent exophthalmiques, d'où l'on peut induire l'existence chez le chien du muscle orbitaire à fibres lisses, découvert par H. Müller chez le lapin albinos. En outre, la pupille se dilate énormément, jusqu'à disparaître presque.

Le fond de l'œil droit étant examiné en ce moment avec un ophthalmoscope, on constate que chaque interruption du courant détermine une forte contraction des vaisseaux rétiniens, qui s'effacent pour ainsi dire. L'expérience réitérée un certain nombre de fois donne toujours des résultats identiques, même avec des courants beaucoup plus faibles. Ainsi l'interruption d'un courant de dix éléments provoque encore sensiblement les mêmes phénomènes, mais moins accusés.

Deuxième expérience. — L'expérience ci-dessus rapportée est renouvelée le lendemain sur le même animal et donne les mêmes résultats. On constate que, sous l'influence des interruptions, les deux pupilles se dilatent, mais celle du côté électrisé plus que l'autre.

Voulant vérifier s'il serait possible d'obtenir les mêmes

résultats, toujours sans vivisection, en électrisant seulement la moelle épinière dans la région que certains physiologistes (Brown-Séquard, Budge, Waller) ont considérée comme le centre vaso-moteur de la tête, nous avons appliqué le tampon positif à la nuque et le tampon négatif sur les premières vertèbres dorsales. Mais dans ces conditions, on n'obtient nul résultat appréciable. Les pupilles restaient immobiles, même avec des interruptions d'un courant de quatre-vingts éléments.

Si, au contraire, on appliquait le tampon positif à la nuque, près de la base de l'occipital, et le tampon négatif sur le front, au-dessus des yeux, on provoquait tous les phénomènes énumérés dans la première expérience.

Troisième expérience. — Elle fut faite sur un lapin albinos, dont le filet cervical gauche du grand sympathique avait été coupé depuis plus de deux ans.

L'électrode positive étant appliquée sur la nuque, l'électrode négative était placée successivement derrière chaque angle du maxillaire inférieur. On employa des courants de dix à vingt éléments. Pendant le passage du courant, les deux pupilles, mais surtout celle du côté sain, se contractèrent lentement ; mais, à chaque interruption, la pupille du côté sain se dilatait énormément comme chez la chienne. Celle du côté opéré, au contraire, restait toujours contractée.

Quatrième expérience, sur un lapin albinos sain. — Le pôle positif étant sur la nuque, le pôle négatif derrière l'angle du maxillaire, on ferme le courant à dix éléments, en l'élevant graduellement et dix par dix jusqu'à quatre-vingts. Pendant ce temps, les oreilles sont examinées par transparence. Avant l'expérience, elles étaient congestionnées et le courant continu, même avec quatre-vingts éléments, n'eut pas sur leur circulation d'effet appréciable. Il en fut tout autrement des interruptions, même avec un courant de quarante éléments. L'effet de ces interruptions était constamment une contraction de l'artère auriculaire, s'effectuant avec une certaine lenteur. Au bout d'une dizaine de secondes, les fines ramifications artérielles diminuaient de diamètre, perdaient leur coloration vermeille et disparaissaient

presque. Mais, malgré le passage du courant continu, cette contraction était de très courte durée, et bientôt les vaisseaux redevenaient rutilants et très visibles.

L'expérience, réitérée un certain nombre de fois, donna toujours les mêmes résultats.

Nous la renouvelâmes, en plaçant l'électrode négative sur le crâne, au-dessus des yeux, en laissant toujours l'électrode positive à la nuque. La même contraction momentanée du fin réseau auriculaire s'obtint alors, au moyen des interruptions ; elle se produisait même plus facilement et plus nettement que dans le premier cas.

Un fait intéressant à noter, c'est l'innocuité relative de l'action de si forts courants, même avec interruptions, sur des animaux de si petite taille. Les lapins n'en paraissaient nullement incommodés. Après chaque séance, le chien, quoique d'assez grande taille, était abattu pendant plusieurs heures ; le soir il refusait de manger, ne semblait plus reconnaître le garçon du laboratoire, qui le soigne. Mais, le lendemain, tout malaise ou du moins tout signe de malaise avait disparu. Notons encore que, dans toutes ces expériences, les interruptions s'obtenaient au moyen de l'interrupteur des piles Trouvé. Or, cet interrupteur renverse le courant ; mais ce fait n'a eu sur les résultats obtenus aucune influence.

III. — Les considérations et les faits qui précèdent expliquent certains phénomènes, que l'on observe chez l'homme durant l'électrisation, soit de la tête, soit du ganglion sympathique cervical. Tout d'abord, l'électrisation de ce ganglion ou, plus exactement, l'électrisation diffuse à travers la peau de la région où il se trouve détermine chez l'homme, comme chez l'animal, la contraction des vaisseaux rétiniens. Nous avions pu déjà constater directement le fait chez une malade atteinte de choroïdite disséminée, en opérant avec un courant de dix éléments de la grande pile Trouvé au sulfate de cuivre. Dans ce cas, le pôle positif était placé à la nuque, le pôle négatif derrière le bord postérieur de la branche montante du maxillaire, au-dessous de l'apophyse mastoïde. La contraction s'effectua identiquement comme chez l'animal. Il y eut d'abord resserrement graduel des

vaisseaux rétiniens aussitôt après la fermeture du courant, puis, au bout d'une demi-minute environ, une dilatation graduelle et très modérée, enfin une contraction forte au moment de l'interruption. D'ailleurs, aucun mouvement appréciable de la pupille, sans doute à cause de la faiblesse du courant employé.

Mais ce qui se passe dans le fond de l'œil se passe sûrement dans l'encéphale ; car les vaisseaux ophthalmiques et la plupart des vaisseaux cérébraux sont régis par des filets vaso-moteurs émanant du ganglion cervical supérieur, et plusiurs physiologistes ont vu que l'électrisation de ce ganglion provoquait la contraction des vaisseaux de la pie-mère et du cerveau (Callenfels, Nothnagel, Vulpian). Or, cette contraction vasculaire nous donne l'explication des vertiges que produit habituellement l'électrisation de la tête, et que tous les médecins électriciens ont observés cent fois. Certains ont voulu expliquer ces vertiges par une congestion cérébrale, ce qui est contraire à tout ce que nous enseigne la physiologie des vaso-moteurs de la tête. C'est bien sûrement d'une anémie cérébrale qu'il s'agit ; car le vertige se produit surtout quand on ferme et mieux encore quand on interrompt le courant, c'est-à-dire au moment où les vaisseaux se contractent. Mais c'est là un fait des plus intéressants ; il nous apprend, en effet, que l'électricité nous fournit un moyen d'agir efficacement sur la circulation cérébrale et par suite de combattre surtout les troubles cérébraux purement congestifs, ceux dans lesquels il n'y a pas encore de dégénérescence des éléments ou des capillaires, ceux où des congestions capillaires trop prolongées ou trop réitérées n'ont pas eu pour conséquence la formation d'exsudats, de néoplasies persistantes.

Nous avons ainsi triomphé, sans autre traitement, d'une tendance aux congestions cérébrales, qui déjà s'était manifestée par deux attaques suivies de perte de connaissance. Le malade était un instituteur très intelligent, extrêmement occupé, et il put, pendant le traitement, continuer à exercer sa profession. Chez lui, chaque électrisation, soit du cerveau, soit du ganglion cervical supérieur, amenait un soulagement immédiat ; suivant l'expression du patient, « elle le débarrassait d'une calotte de plomb » ; sa vue,

disait-il, devenait en même temps plus nette ; les objets lui semblaient plus colorés. Cette contraction des vaisseaux cérébraux, sous l'influence de l'électricité, donne aussi la raison de la tendance, parfois invincible, au sommeil, qui suit souvent l'électrisation de la tête. Ainsi nous avons vu une dame, qui, après une électrisation céphalique ayant duré six minutes, avec un repos et par conséquent une interruption après la troisième minute, retourna chez elle toute appesantie, et, ne pouvant rentrer immédiatement dans son appartement, où il n'y avait alors personne, se coucha et s'endormit profondément sur l'escalier, où on la réveilla au bout d'une demi-heure.

D'après ce qui précède, l'électrisation céphalique nous paraît surtout indiquée dans la vaste classe des maladies mentales, dans celles, surtout, qui ne sont pas encore trop anciennes. *A priori* elle semble devoir rendre des services dans le traitement des manies aiguës. Sur ce point, l'expérience est à faire et nous ne pouvons que la signaler. Quant à nous, dans deux cas de spleen provoqués, l'un par des excès de travail intellectuel, l'autre par des abus alcooliques, nous avons vu les idées noires, le découragement, etc., se dissiper après un certain nombre d'électrisations cérébrales. Le premier de nos deux malades, jeune homme distingué, écrivain, qui était en outre devenu incapable de toute application de l'intelligence, et ne pouvait même plus lire un journal sans être pris à l'instant de douleurs de tête, a recouvré peu à peu toute son activité mentale.

IV. — Il nous reste à formuler quelques indications pratiques : d'une part, l'action des courants électriques sur les vaisseaux est très fugitive ; d'autre part, les séances doivent être courtes, afin de ne pas épuiser la contractilité, ce qui amènerait probablement des congestions secondaires. Mais, si les séances doivent être courtes, elles doivent être réitérées, nombreuses, pour faire en quelque sorte l'éducation gymnastique des fibro-cellules contractiles. Dans les cas cités précédemment, ce n'est guère qu'après une quarantaine d'applications du courant électrique que nous avons obtenu une amélioration persistante.

L'expérience nous a appris, en outre, qu'une séance devait

rarement dépasser six minutes de durée ; mais on peut avantageusement en faire une chaque jour.

L'effet peut s'obtenir en électrisant aussi directement que possible, à travers les tissus, le ganglion cervical supérieur ; mais il s'obtient plus sûrement encore, en mettant le pôle positif à la nuque et le pôle négatif sur le front ou la tempe.

Le nombre des éléments employés par nous chez l'homme a rarement dépassé quinze. Le plus souvent il a été de dix à douze. L'apparition et l'intensité du vertige nous ont toujours empêché de recourir à des courants plus forts. Encore n'arrivions-nous que par degré au maximum de quinze éléments. Cependant nos expériences sur les animaux autorisent peut-être à dépasser, même de beaucoup, ce nombre. Dans tous les cas, il le faudrait faire prudemment, graduellement, en surveillant l'état du cœur ; car il est sûr que ces courants électriques diffus retentissent sur les pneumogastriques.

De tout ce qui précède, il semble résulter, que les courants électriques agissent surtout sur la contractilité vasculaire et particulièrement par les interruptions. Il ne faut donc pas employer trop exclusivement les courants continus. Sans doute, il ne saurait être question, quand on agit sur la tête, de se servir de piles à inductions, à interruptions rapides. Mais, d'autre part, nous savons que, sous l'influence des courants électriques, les vaisseaux se contractent lentement, puis tendent à se dilater de nouveau, quand le courant continu est bien établi, pour se contracter de nouveau lors de sa rupture. Quelques rares interruptions, une chaque minute, par exemple, seraient donc utiles pour maintenir la diminution du calibre vasculaire et l'anémie relative qui en résulte.

Nous espérons que ces courtes observations provoqueront des études plus suivies sur l'application de l'électrisation au traitement des maladies mentales, intéressante question, qui n'est pas même mentionnée jusqu'ici dans les volumineux traités publiés sur l'électrothérapie.

CAS RARE DE DIPSOMANIE

INHALATIONS D'ÉTHER. — ACCÈS RÉPÉTÉS PENDANT PLUS DE 16 ANS. — MORT A LA SUITE DE CONVULSIONS ÉPILEPTIFORMES

Par le docteur Jules CHRISTIAN,

Médecin de Charenton.

La dipsomanie est loin d'être une affection rare ; mais, dans l'immense majorité des cas, c'est la dipsomanie alcoolique que nous observons. Il est beaucoup moins fréquent, du moins dans notre pays, de rencontrer des dipsomanes qui cherchent leur excitant dans l'éther.

C'est cette rareté qui donne son principal intérêt à mon observation. Le malade qui en fait l'objet était d'ailleurs bien connu de tous ceux qui, à Paris, s'occupent, à un titre quelconque, d'aliénation mentale. Pendant près de seize ans, il n'a cessé de fatiguer de sa personne médecins, police, magistrats. Il n'était plus désigné dans les différents commissariats que sous le nom de « *l'homme à l'éther* ».

Je n'ai connu X... qu'en 1880 ; mais les premiers symptômes étaient bien antérieurs à cette date. La première partie de l'observation se trouve à peu près complète dans les documents suivants :

1° Dans un rapport médico-légal rédigé par le docteur Legrand du Saulle, à l'époque (1881) où la famille de X... poursuivit son interdiction (in *Ann. d'hygiène*, VII, 1882) ;

2° Dans l'observation du malade résumée dans l'*Etude médico-légale sur l'interdiction des aliénés* (Legrand du Saulle, Paris, 1881, obs. LXVII, p. 418) ;

3° Dans une conférence faite par M. P. Regnard à l'Association scientifique de France « *sur deux poisons à la mode, la morphine et l'éther* ». (*Revue scientifique*, 2 mai 1885.)

Ces renseignements, joints à ceux que m'a donnés mon observation personnelle, m'ont permis de reconstituer l'histoire pathologique de X...

Il est né en 1850 ; son père portait un beau nom, et occupait une haute situation dans le monde officiel du deuxième Empire. L'éducation de X... fut des plus soignées ; son enfance et son adolescence s'écoulèrent dans un milieu des plus aristocratiques.

Le père de X... mourut, vers l'âge de 60 ans, d'une hémorrhagie cérébrale. La mère était une femme d'une haute intelligence,

(1) Observation lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 22 mai 1886.

mais très nerveuse. Un frère est mort de la poitrine ; deux sœurs (?) sont mariées et bien portantes.

Il ne paraît pas que X... ait jamais fait aucune maladie grave. Son intelligence a toujours été médiocre. Il a fait, tant bien que mal, ses études classiques, et est arrivé péniblement au baccalauréat. Il présente quelques aptitudes musicales, joue du piano, chante assez agréablement. Son éducation, très religieuse, lui a laissé un vernis de piété dont il aime à faire étalage.

Physiquement, c'est un homme d'une taille beaucoup au-dessus de la moyenne ; il a les cheveux et la barbe noirs, très abondants ; le teint est pâle, l'expression du visage peu intelligente ; la tête est petite et contraste singulièrement avec la taille élevée et les proportions considérables du reste du corps. Du reste, l'ensemble est gauche et disproportionné ; les membres sont longs, le buste court ; la voix est flûtée. Les muscles sont, en général, peu développés ; il y a prédominence du tissu adipeux.

Agé de 20 ans lors de la guerre de 1870, X... se fit ambulancier, et je l'ai souvent entendu me vanter les services qu'il rendit à cette occasion et les relations intimes qu'il sut se créer avec les principaux membres du gouvernement. La guerre terminée, il prit part à la fondation de différentes œuvres de bienfaisance. Ses sentiments religieux s'étaient exaltés ; il voulut se faire prêtre et entra au séminaire ; mais il n'y fit qu'un court séjour, renonça à la carrière ecclésiastique, et commença son droit.

C'est vers cette époque que paraît débuter réellement la période maladive, qui devait se prolonger, avec des alternatives diverses, jusqu'à la mort, arrivée en 1886.

Déjà, bien avant la guerre, X... s'était montré peu intelligent, mal équilibré, souvent exalté, incapable d'aucun effort soutenu ; la famille se résignait, prenait patience, espérait un avenir meilleur. C'est dans les ambulances qu'il paraît avoir pris le goût de l'éther.

Quand il vint à l'Ecole de droit, ses camarades furent bientôt frappés de ses bizarreries : on en ignorait la cause véritable, et X... était considéré comme un *original*. Quelquefois cependant ses originalités dépassèrent les bornes : il acheta d'un coup pour 30,000 francs d'objets religieux ! Son père dut le pourvoir d'un conseil judiciaire. Plus tard, à Charenton, il voulut un jour commander pour 1,200 francs de fleurs à porter sur la tombe de sa mère.

En octobre 1874, il devint violent : « il a maltraité sa mère et fait des menaces », est-il dit dans un rapport de police ; le père se vit obligé de recourir à l'intervention du préfet de police. M. le docteur Vidal, médecin de Saint-Louis, eut alors à examiner le jeune homme, et il fit un certificat concluant à « une monomanie impulsive avec tendances à s'enivrer ». Il fut placé dans la maison de santé d'Ivry.

Il y séjourna quelque temps, s'améliora comme il arrivait chaque fois qu'il était soustrait à l'influence de l'éther, et fut remis en liberté. Aussitôt, nouveaux excès ; nouvel accès de délire ; séquestration dans la maison de santé de Suresnes.

Dès lors, les accès se reproduisirent avec une monotonie désespérante, nécessitant chaque fois l'intervention de la police,

puis le placement temporaire dans une maison de santé. Mais on n'aboutissait à aucun résultat, et c'est alors que Legrand du Saulle conseilla un embarquement de trois années consécutives à bord d'un navire marchand, « sans aucune possibilité de se rendre à terre ».

L'embarquement eut lieu au Havre. Au dernier moment, au milieu des douleurs et des émotions de l'adieu, X... exigea tout d'un coup qu'on lui mit un piano à bord ; il fallut en passer par cette fantaisie. Plusieurs mois se passèrent : chaque fois que le navire touchait terre, le capitaine faisait enfermer et garder à vue X... pour l'empêcher de débarquer. A Valparaiso, il parvint à déjouer la surveillance dont il était l'objet, s'échappa, et alla se réclamer du consul de France, qui le fit rapatrier ; il était resté dix mois sans s'être enivré par l'éther.

Mais, à peine revenu à Paris, il recommença ses excès, et la mère, ne sachant plus que faire, lança une circulaire à tous les pharmaciens de Paris, les suppliant de ne plus délivrer d'éther à son fils, qu'elle priva complètement d'argent.

Rien n'y fit. X... inventait mille stratagèmes pour satisfaire son irrésistible passion, et, quoi qu'on pût imaginer, il arrivait toujours à se procurer de l'éther. En 1876, arrêté pour blessures à un agent, il fut détenu à Mazas pendant un mois, et, chose remarquable, à dater de cette époque, il y eut une accalmie de près de 3 ans, pendant laquelle il reprit des habitudes correctes, et s'abstint de toute nouvelle algarade : il paraissait guéri.

La mère de X... mourut en 1880, et la maladie reprit son cours.

X... fut placé à Charenton, pour la première fois le 23 octobre 1880, et il y séjourna jusqu'au 22 décembre. Le 2 janvier suivant, la police le ramenait. Nouvelle sortie le 21 février, mais réintégration d'office 3 jours après, le 24. Grâce à la complicité d'un gardien, il parvint à s'évader le 27, mais déjà le 4 mars il nous revenait. Cette fois son séjour se prolongea jusqu'au 11 juillet, époque à laquelle il fut transféré dans la maison de santé de Sceaux. Il s'en échappa au bout de quelques jours, retourna à Paris où il fut arrêté le 29 juillet, et réintégré à Charenton. Ce nouvel internement se prolongea jusqu'au 14 novembre. Il sortit alors, mais le 8 décembre on le ramenait.

Nouvelle évasion le 18 mars 1882, réintégration le surlendemain. Alors, sur ses instances réitérées, et parce qu'il prétendait que ses sentiments de piété ne trouvaient pas leur pleine satisfaction dans notre maison, sa famille consentit à le placer dans un établissement religieux, celui des frères Saint-Jean-de-Dieu, à Lyon : il y fut transféré le 4 mai 1882. Il y resta environ 18 mois, s'évada derechef, et alla se réfugier à Genève, où il vécut plusieurs mois. En décembre 1884 il revient à Paris, fait du scandale dans un grand café du boulevard : une fois encore il fallut nous le ramener : 5 janvier 1885. Je le gardai dans mon service jusqu'au 26 novembre, et alors seulement, sur sa promesse formelle de retourner à Genève, je lui fis obtenir, non sans peine, son *exeat*.

Vingt-quatre heures ne s'étaient pas écoulées, qu'il était au dépôt. Comment il parvint à s'échapper, je l'ignore. Le lende-

main il était à Londres, s'y faisait arrêter, puis relâcher, et s'en vint à Bruxelles. Là il commit de telles extravagances, qu'il fut arrêté à diverses reprises ; l'ambassade eut à s'occuper de lui et nous écrivit à son sujet. Brusquement il quitte Bruxelles, et s'en va, par Bâle, à Milan. C'est là qu'il succomba à l'hôpital des aliénés, le 13 mars 1886, à la suite de convulsions épileptiformes.

Telle est, résumée brièvement, exacte dans son ensemble, mais forcément incomplète dans les détails, l'histoire de ce malheureux jeune homme.

Le diagnostic de sa maladie mentale ne soulève aucune difficulté : C'est un *héréditaire* (Morel, Magnan), ou plutôt un *dégénéré* : enfant mal venu, il présente, à côté de quelques qualités brillantes, des lacunes sur lesquelles on veut longtemps se faire illusion. A l'époque de la puberté, le mal éclate, et à partir de ce moment les accès se reproduisent avec une monotonie tout à fait remarquable : ils sont pour ainsi dire stéréotypés. Partout où il a passé, à Londres, à Bruxelles, à Turin, à Milan, à Bâle, à Genève, à Lausanne, etc., partout il a commis les mêmes excès, partout il s'est fait arrêter dans des conditions identiques, puis relâcher une fois son ivresse dissipée.

En général, l'accès débute par un sentiment de malaise, avec inappétence, pesanteur à l'épigastre, langue blanche, saburrale ; il devient inquiet, anxieux, irritable, se plaint de palpitation de cœur (?) ; il lui faut de l'éther. S'il a de l'argent, rien n'est plus simple : il va s'en acheter un flacon, hèle un fiacre, s'y installe confortablement et hume son liquide favori. S'il ne pousse l'éthérisation que jusqu'à la période d'excitation demi-turbulente, il devient gai, chante, rit, descend de voiture, plaisante avec le cocher, auquel il paye à boire, entre dans un café, interpelle les consommateurs, s'amuse comme un vrai gamin en goguette. Les choses peuvent en rester là, et le calme revient après une série d'extravagances plus ou moins prolongées.

Mais généralement il pousse les inhalations plus loin ; alors l'excitation devient de plus en plus vive, il entre en fureur, se dispute avec le cocher ou avec les passants, donne des coups de canne à tort à travers, jusqu'à ce qu'on l'ait garrotté et mis dans l'impossibilité de nuire.

Il faut dire que c'est généralement ainsi que finissait la crise. Le plus souvent d'ailleurs X... était sans argent ; il empruntait alors au cocher 5 francs avec lesquels il achetait de l'éther, restait dans son fiacre des heures entières (jusqu'à 15 heures !), et à la première réclamation du cocher, lui sautait à la gorge et le battait.

Pareille scène s'est reproduite plus de cent fois, et toujours dans des conditions semblables : fait curieux, mais bien caractéristique.

A Charenton, j'ai vu invariablement se reproduire les mêmes phénomènes, se succédant dans le même ordre. Quand on amenait X... il était généralement furieux, nous accablait d'injures et de menaces, et nous prodiguait les expressions les plus sales et les plus ordurières. Deux ou trois jours se passaient, et l'homme bien élevé reparaissait, mais alors il se faisait câlin, flagorneur,

ne reculant devant aucune bassesse pour obtenir une faveur quelconque.

Tant que durait l'internement, tant que X... était soustrait à l'influence de l'éther, tout allait à peu près bien, à cela près qu'il était d'une surveillance extrêmement difficile. Tous ses efforts, toute son activité, ne tendaient qu'à un but, à s'évader ; et il déployait une ingéniosité, une patience, dont rien ne saurait donner l'idée, et grâce auxquelles il a souvent réussi. Quelquefois cependant ses accès le prenaient ; il se plaignait alors de l'estomac, était fatigué, énervé. Tout rentrait dans l'ordre après quelques jours. Mais dans ces circonstances, je l'ai vu une fois se griser avec l'eau de Cologne qu'on lui donnait pour sa toilette, une autre fois avec du vinaigre de toilette quelconque. Je crois cependant que, lorsqu'il pouvait se procurer de l'éther, il n'a jamais eu recours à un autre excitant ; il ne paraît avoir eu aucune propension pour l'alcool.

J'ai pu observer le malade pendant 5 ans ; et j'ai pu constater que l'intelligence n'avait pas sensiblement baissé ; tel il était en 1880, tel il nous quitta à la fin de 1885. La santé physique non plus n'a paru subir aucune atteinte. Il prétendait, il est vrai, qu'il avait une maladie de cœur, et, s'il respirait de l'éther, c'était, disait-il, parce que les médecins le lui avaient ordonné, et que c'était le seul moyen de calmer ses souffrances. Je n'ai jamais trouvé aucun symptôme d'une lésion cardiaque quelconque.

Si la santé physique s'est maintenue bonne jusque dans les derniers temps de la vie, et si l'intelligence n'a pas baissé comme on avait pu le supposer, il en est autrement de la déchéance morale, qui dépassait tout ce que l'on peut imaginer. On ne croirait pas, si la chose n'était affirmée par de nombreux rapports de police, à quel degré d'abjection était tombé ce jeune homme, né et élevé, comme je l'ai dit, dans le milieu le plus aristocratique, accoutumé, dès l'enfance, à tous les raffinements du luxe et de l'élégance. Les hôtes habituels du dépôt de la préfecture de police étaient devenus les compagnons de ses plaisirs, et ils lui avaient donné un sobriquet tout à fait caractéristique.

Il ne paraissait avoir aucune conscience de cette dégradation morale. J'ai connu bien des dipsomanes, qui, l'accès passé, étaient honteux et repentants, qui prenaient de belles résolutions pour l'avenir, ce qui, d'ailleurs, n'empêchait pas les rechutes. Chez X... rien de pareil : jamais le moindre regret, le moindre remords ; il était absolument inconscient des turpitudes sans nom qu'il commettait. Je n'ai jamais constaté aucune excitation érotique ; mais, lorsqu'il était sous l'influence de l'éther, il présentait des signes de perversion sexuelle ?

Comment la mort est-elle survenue ? D'après les renseignements qui m'ont été fournis avec la plus grande obligeance par mon honorable confrère le médecin en chef de l'hôpital des aliénés de Milan, il y a été amené le 3 mars 1886, dans un état d'ivresse manifeste. Celle-ci se dissipa assez rapidement, mais il persista de l'excitation mentale et une grande irritabilité. Le 7 mars, on le fit passer dans le quartier des aliénés : il était alors en proie à un véritable délire maniaque : violent, bruyant, avec hallucina-

tions et idées de persécution, mais sans aucune conception ambitieuse, ni embarras de la parole ; il existait un tremblement des extrémités supérieures.

Cet état persista jusqu'au 18 : survinrent alors des attaques épileptiformes, qui se répétèrent coup sur coup jusqu'au lendemain, où la mort survint dans le coma. L'autopsie ne put être faite. Mais, par analogie, il est permis de supposer que le malade a succombé à une poussée méningitique (peut-être une hémorrhagie méningée ?) comme il n'est pas rare d'en observer chez les alcooliques.

Réflexions. — Je ne m'arrêterai pas longtemps sur les particularités de cette observation.

Elles sont par elles-mêmes assez caractéristiques. X... rentre dans la catégorie des aliénés décrits par Morel sous le nom d'*héréditaires*, sur lesquels Magnan a rappelé l'attention dans ces derniers temps. J'aime mieux, quant à moi, les appeler des *dégénérés* ; X... était évidemment un dégénéré ; il présentait à un haut degré les signes que Magnan regarde avec raison comme propres à cette catégorie de malades : stigmates physiques et stigmates psychiques. Je ne relèverai parmi ces derniers que la forme paroxystique des accès, toujours la même ; la longue durée de la maladie sans qu'il y ait eu aucun symptôme de démence ; la complète perversion du sens moral.

Si, contrairement à ce que nous observons d'habitude, X... a été attiré par l'éther, et non par l'alcool, ce n'est peut-être qu'un effet du hasard. X... se trouvant dans une ambulance, a respiré de l'éther, y a pris goût, et y est revenu irrésistiblement.

Quoi qu'il en soit à cet égard, nous sommes obligés de reconnaître que l'action prolongée de l'éther est bien moins nocive que celle de l'alcool : il n'existait chez X... aucun des symptômes, qui, après la disparition des accès aigus, persistent d'une manière souvent indélébile chez les alcooliques et donnent au délire alcoolique sa gravité. Il est vrai que X... n'a jamais dépassé la phase d'excitation, ce qui, pour l'alcoolique, correspondrait à l'ivresse.

Il est un point sur lequel je voudrais appeler l'attention d'une manière spéciale, parce qu'il s'agit d'une difficulté en présence de laquelle nous nous trouvons souvent. Voilà un malade qui, dès qu'il le peut, s'enivre avec de l'éther. Aussitôt il délire, et commet des actes délictueux pour lesquels la police est obligée d'intervenir. On l'arrête, et l'on constate qu'il a agi d'une façon inconsciente, qu'il ne saurait

être responsable des extravagances pour lesquelles on l'a arrêté. Il ne peut donc être question de le traduire devant un tribunal, et, comme cependant il importe de protéger l'ordre public, — et souvent aussi la sécurité des personnes, — on le séquestre, par mesure administrative, dans un asile d'aliénés. Mais, après quelques jours, l'influence du poison s'est dissipée, le malade a repris son équilibre ; il peut être vicieux, peu intelligent, dénué de sens moral, toujours est-il qu'il ne délire plus. Est-on en droit de le maintenir, et pour combien de temps ?

On sait, et l'expérience en a maintes fois été faite, que, dès que cet homme sera libre, il recommencera ses excès, délirera de nouveau, et il faudra encore l'arrêter et l'enfermer. Pour X..., le cas s'est répété cent fois, et avec une désespérante monotonie. On se trouve ainsi en présence de malades, ou, si l'on aime mieux, de dégénérés, qu'il est impossible de laisser en liberté, et que cependant on n'a pas le droit légal de tenir toujours enfermés. Que faire ?

En Amérique, on a tourné la difficulté en créant des asiles spéciaux pour les ivrognes, et en exigeant de ceux qui y entrent l'engagement d'y rester un temps déterminé, un an, par exemple. Mais ce n'est qu'un palliatif qui rend simplement les rechutes moins fréquentes, moins rapprochées.

Le problème est encore plus délicat, quand l'individu, pendant son accès, a commis un crime, — et le cas n'est malheureusement que trop fréquent. J'avoue que, dans ces circonstances, la loi devrait ordonner l'internement définitif, comme on fait en Angleterre pour les fous criminels. On dirait au malade : « Vous avez commis un crime dont vous n'êtes pas responsable, cela est vrai. Aussi ne subirez-vous aucune peine, ni afflictive, ni infamante. Mais comme vous n'êtes pas guéri de votre penchant maladif, comme vous n'avez pas la force nécessaire pour résister à l'entraînement pathologique, vous ne trouverez pas mauvais que la société cherche à se protéger, et elle se protège en vous tenant enfermé. » L'intérêt social doit primer celui de l'individu. Et, après tout, on peut se demander si un internement définitif n'est pas ce qu'il peut arriver de plus favorable au malheureux qu'il faut protéger contre lui-même.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

DE LA VISIBILITÉ PAR LES SUJETS EN ÉTAT HYPNOTIQUE

DES

EFFLUVES DÉGAGÉS PAR LES ÊTRES VIVANTS

Par M. J. Luys (1).

Non seulement les sujets hypnotisés ont la propriété de voir les effluves magnéto-électriques qui se dégagent des appareils de physique (ainsi que je l'ai exposé dans une précédente séance), mais encore ils peuvent être adaptés, en raison de cette curieuse propriété, à faire reconnaître les effluves qui se dégagent des yeux, des oreilles, des narines, des lèvres des êtres vivants — à les distinguer, celles du côté droit et celles du côté gauche — en mettant la coloration bleue à gauche et rouge à droite. C'est ainsi qu'ils arrivent à distinguer dans le corps humain et chez les animaux une moitié qui répond au pôle nord et une autre moitié qui répond au pôle sud d'un barreau aimanté ou d'un appareil magnéto-électrique. Les recherches précédentes de *Dècle* sur la polarité humaine différente du côté gauche et du côté droit, se trouvent ainsi directement confirmées.

(1) Communication faite à la Société de biologie, 1892.

Le sujet hypnotisé, dont les yeux ont été préparés et vérifiés à l'aide de l'examen ophtalmoscopique dont nous avons parlé, peut donc être employé comme un véritable réactif vivant pour reconnaître les différences de coloration des effluves du côté gauche et ceux du côté droit.— Chez l'homme sain, bien portant, les effluves irradiés de l'œil et des organes des sens du côté gauche, se révèlent par une coloration bleue très intense — ceux du côté droit par une coloration rouge carminée. L'intensité des effluves émises semble indiquer le maximum d'énergie des forces nerveuses — en effet :

Chez les hémiplégiques — les effluves irradiées de l'œil du côté paralysé sont très aflaiblis.

Chez les tabétiques chroniques, très notablement affaiblis, l'intensité des effluves est très amoindrie des deux côtés.

Chez les névropathiques et surtout chez les hystériques des deux sexes, la coloration rouge des effluves de l'œil droit passe au violet ; c'est là un caractère diagnostique qui dans certains cas m'a permis de dépister des états d'hystérie latente, les yeux de ces sujets paraissent incapables de monter jusqu'à pouvoir former de la couleur rouge. Les effluves des oreilles, des narines et des lèvres persistent dans leur coloration rouge.

J'ai pu à ce propos faire une heureuse application des couronnes aimantées et rétablir ainsi les effluves rouges chez les sujets ayant des effluves violets. Je place, en effet, une couronne aimantée sur la tête du sujet ; dans ces conditions, le pôle nord bleu étant appliqué sur le côté droit (violet) du sujet malade, comme s'il s'agissait de barreaux aimantés, les pôles de nom contraire s'attirent et les pôles de nom semblable se repoussent. J'ai pu vérifier ainsi sur l'être vivant, cette loi physique des actions des aimants et constater qu'au bout de quinze à vingt minutes, par l'action de cette couronne aimantée disposée en aimants contrariés, les rayons bleus de l'œil violet étaient répulsés et les rayons rouges, attirés ; si bien que, dans certains cas, j'ai pu rétablir les effluves magnétiques dans leurs conditions physiologiques. (Je continue ces recherches au point de vue d'une application au traitement de l'hystérie.)

Chez les sujets atteints de sclérose en plaques, de tremblements variés, les yeux du côté droit de ces sujets dégagent presque toujours des effluves de coloration *jaune* analogues à ceux dont nous venons de parler, qui apparaissent sur les bobines d'induction.

Et ceci est encore un point très intéressant, qui rapproche l'étude des effluves magnétiques des êtres vivants de celle des appareils magnéto-électriques, puisqu'elle nous fait voir une modalité spéciale de la force électro-magnétique qui se revèle de part et d'autre par une coloration jaunâtre (1).

Ces nouvelles études appliquées au domaine de la pathologie mentale m'ont permis de constater des faits intéressants, dont je ferai ultérieurement communication.

J'ajouterai encore que j'ai poursuivi mes recherches sur différents types du règne animal et chez les chevaux, les cochons d'Inde, les chiens, les chats, les oiseaux, les poissons, j'ai constaté, pareillement, que du côté gauche ils émettaient des effluves bleus, et qu'ils ont du côté droit des effluves rouges. Ces détails ont été très nettement indiqués par le sujet hypnotisé, sans la moindre hésitation.

J'ajouterai encore que, dans une nouvelle série d'expériences, ces effluves magnétiques disparaissent avec la vie, et s'éteignent d'une façon progressive.

Ainsi, sur quatre cadavres examinés à ce point de vue spécial à la salle d'autopsie, — j'ai constaté que chez deux d'entre eux, signalés morts depuis vingt-quatre heures, les effluves faisaient complètement défaut, et que chez deux autres, ils étaient encore apparents sous forme de petites lueurs bleues ou rouges.

Je publierai plus tard de nouveaux détails sur cet intéressant sujet.

(1) Les sujets hypnotisés sont encore aptes à révéler les troubles des milieux de l'œil dont ils font l'examen. C'est ainsi que dans certains cas d'amaurose, de glaucome, de cataracte, les sujets révèlent des modifications spéciales dans l'état des yeux soumis à leur examen.

DES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES

Par le Dr BROADBENT, de Londres.

Je publie ci-joint un travail d'un physiologiste anglais qui date déjà de plusieurs années et qui, venant d'une plume autorisée et indépendante, donne aux idées que j'ai émises il y a déjà plus de trente ans, sur les fonctions des différentes régions de l'encéphale, une consécration dont j'ai le droit d'être légitimement fier et un appui scientifique de première valeur. — Elles mettent, comme on va le voir, en évidence le bien fondé de mes recherches personnelles dont elles sont l'expression physiologique parallèle.

Il faut bien le dire, les fonctions des centres nerveux encéphaliques, malgré les recherches nombreuses dont elles sont journellement l'objet, à mesure que celles-ci se multiplient, ne s'éclaircissent guère. Il semble que les contradictions surgissent de plus en plus ; l'incertitude arrive, et on se demande avec anxiété, au milieu de toutes les publications qui se suivent et se copient les unes les autres, où est la vérité ? — Cela dépend en partie du défaut d'entente des anatomistes qui continuent à décrire les mêmes faisceaux nerveux sous des noms différents, à ne considérer que les détails terre à terre du terrain, sans vues d'ensemble et synthétiques sur l'organisation des appareils du système nerveux central. — C'est ainsi qu'ils évitent de reconnaître les divers systèmes naturels d'éléments nerveux que je me suis évertué à préciser, dans leurs origines, leur direction et leurs terminaisons. — Ils décrivent des faisceaux épars, sans savoir d'où ils viennent, ni où ils vont ; et on en voit même des plus récents, qui ont figuré imperturbablement un *faisceau psychique* (1), lequel n'est autre qu'une portion des fibres pédonculaires sous-optique ?

Je ne m'attarderai pas à relever les écarts de descriptions

(1) Je prie mes lecteurs de vouloir réfléchir sur ce qu'il y a d'extra-physiologique et d'incohérent dans cette étrange conception — *un faisceau psychique* ! Le cerveau qui l'a conçue s'est-il sérieusement rendu compte de ce que c'est qu'une opération psychique ? du territoire où il est engendré et de ses voies de propagation ? — Il serait bon d'avoir des explications.

que l'on retrouve çà et là dans les différents auteurs, ainsi que le soin qu'ils prennent à fuir certaines discussions pour éviter de froisser quelques descriptions officielles, — tout cela c'est de la routine et de l'opportunisme scientifique.

Il y a néanmoins un point spécial qui me paraît bien significatif dans l'étude actuelle du système nerveux central, c'est la façon dont la plupart des anatomistes, des physiologistes et même des neurologistes, évitent de parler de la structure et des fonctions des corps opto-striés, en France du moins. — Il semble que ces régions si importantes soient des *noli tangere*, et qu'il y ait un mot d'ordre de ne pas en parler comme questions réservées, ne cadrant pas avec les idées officielles de l'Ecole de la Salpétrière, et sentant tant soit peu l'hérésie.

Comme je le disais précédemment, il y a déjà près de trente ans, que j'ai montré, dans mes premières Recherches, sur l'Anatomie et la Physiologie des centres nerveux, quel rôle considérable ces amas centraux de substance grise jouaient dans l'organisation de l'encéphale, — j'ai fait voir que ces noyaux étaient la clef de la direction des fibres blanches, et qu'autour d'eux comme d'un centre venaient se grouper tous les éléments nerveux ; j'ai conclu que c'était là une formule anatomique exacte, et qui se trouvait vérifiée par l'étude si démonstrative de l'anatomie comparée.

Comme conséquence de mes idées déduites de la structure même de ces noyaux gris, j'ai montré :

Que les corps striés étaient destinés aux manifestations de la motricité — qu'ils représentent une étape physiologique, entre les incitations parties de l'écorce et propagées à la moelle épinière ;

Que les couches optiques, avec leurs noyaux ganglionnaires isolés (dont l'un, le plus central, a été décrit pour la première fois signalé par moi (1), représentait anatomiquement un véritable *ganglion conglomeré*, et physiologiquement le lieu de passage et de condensation des ébranlements sensoriels, avant leur disparition dans les différents territoires de l'écorce.

(1) C'est cet amas de substance grise ganglionnaire que Forel, professeur à Zurich, a représenté dans ses coupes et qu'il a signalé sous le nom de *Corpus Luysii*.

Tous ces faits ont été considérés en France, par les neurologistes, à un moment donné, comme étant trop *simples* à comprendre. Ils ont été délaissés naturellement par nos contemporains ; — on a fait le silence, l'Eglise régnante en neurologie en dehors de laquelle il n'y a pas de salut, n'aime pas les contradictions de ses dogmes.

Mais, comme je suis aussi certain que possible de la réalité des résultats obtenus par moi, je n'hésite pas à me réjouir des adhésions qui m'arrivent de l'étranger, et cela se comprend du reste.— Car, ces régions centrales, je les ai décrites, non par moi-même, mais à l'aide des ressources de la photographie que j'ai patiemment mises en œuvre, et, c'est avec cet appoint véridique, que j'arrive à dire que mes systématisations, si elles ne sont pas la vérité absolue, sont au moins celles qui au XIX^{e} siècle s'en rapprochent le plus ; je n'hésite pas à le proclamer ; et c'est ma conviction absolue — en dehors de mes planches, il n'y a que des représentations plus ou moins artistiques ; — en dehors de ces reproductions impersonnelles, tout n'est qu'erreur et illusion. — Que ceux qui les critiquent fassent comme moi, et répètent ce que j'ai fait, et on jugera ensuite.

Je suis heureux, à ce sujet, de voir un savant étranger, dans la pleine indépendance de son jugement, rendre justice à mes travaux, et aboutir aux mêmes conclusions. Il arrive, en somme, à dire, comme moi : — que les corps striés sont en rapport avec les phénomènes de la motricité, et les noyaux thalamiques, la couche optique représentent le lieu de passage et de concentration des différentes catégories d'impressions sensorielles avant leur irradiation dans les différents départements de l'écorce (1).

Les travaux de Todd et Carpentier ont pareillement abordé dans le sens de notre manière de voir.

LUYS.

Voici les conclusions du très intéressant travail de M. le Dr BROADBENT sur les localisations cérébrales :

I. *Zone motrice de l'écorce cérébrale.*— 1. Les expériences physiologiques basées soit sur l'excitation électrique, soit sur la destruc-

(1) Voir, à propos du rôle des fonctions des couches optiques dans la transmission sensorielle, la copie de la planche anatomique de la célèbre observation de Hunter qui juge la question. (Journal *l'Encéphale*, Paris.)

tion ou l'ablation, pratiquée par Hitzig, Ferrier, Carville et Duret, Nothnagel et d'autres, ont établi qu'il existe une certaine zone de la partie corticale des hémisphères cérébraux, qui est en rapport intime avec les noyaux des nerfs moteurs, du bulbe et de la moelle épinière.

Cette zone est située, chez l'homme, autour du sillon de Rolando et principalement dans les deux circonvolutions ascendantes ou marginales, qui limitent ce sillon.

Il existe à ce niveau des régions plus ou moins définies et circonscrites, spécialement affectées à la jambe, au bras, à la face, etc.

2. La pathologie de cette zone s'accorde d'une manière remarquable avec les résultats de l'expérimentation physiologique.

Les lésions partielles et irritantes peuvent produire l'épilepsie partielle avec ou sans hémiplégie fugitive ou permanente.

Les lésions plus étendues, avec destruction plus ou moins complète de la substance grise corticale, peuvent causer une monoplégie ou une hémiplégie.

3. Tout en admettant la localisation d'une zone motrice et de centres moteurs à la surface de l'hémisphère, il faut ajouter que la communication entre les cellules de cette région et les cellules des cornes grises antérieures de la moelle ne peut être directe.

Le caractère coordonné et la suite ou succession des mouvements qui sont provoqués par l'excitation électrique ; le caractère de la paralysie produite par l'ablation d'un centre cortical, son intermittence, sa courte durée; la tendance qu'a l'épilepsie partielle symptomatique de commencer par la main, quoique la situation de la lésion ne soit pas la même ; la perte de temps dans la transmission d'une excitation électrique sont autant de raisons pour admettre l'intervention d'un ganglion entre l'écorce cérébrale et les racines des nerfs moteurs.

Les centres cortico-moteurs sont les points de départ des impulsions descendantes volontaires, les points de sortie des actions idéomotrices. Les cellules de la zone motrice (qui ressemblent à celles des cornes antérieures de la moelle) sont l'appareil par lequel les dictées de l'intelligence sont formulées pour l'expression ou pour la transmission au dehors.

Le meilleur exemple du fonctionnement d'un centre cortico-moteur est celui du centre de la parole, qui est la première et la plus importante des localisations cérébrales. L'aphasie sans paralysie des lèvres et de la langue est un exemple de ce qu'on a appelé suppléance ou substitution fonctionnelle, quoique la suppléance soit incomplète.

4. D'après les expériences de Ferrier et de Hitzig, il existe dans la couche verticale une région ou zone de perception.

Cette zone s'étend *du pli courbe*, qui est le centre perceptif de la vue, le long de la circonvolution sous-sylvienne du lobe temporo-sphénoïdal (dans laquelle se trouve le centre auditif) jusqu'à la pointe de ce lobe.

De là cette zone retourne, par l'intermédiaire du lobule et du pli uniforme dont elle occupe le bord interne, vers le lobe occipital dans lequel elle occupe probablement le gyrus calcarinus.

La pathologie n'a pas encore fourni l'indication précise sur cette question. On sait cependant que la destruction complète du lobe occipital n'a pas d'effet sur la sensibilité.

5. Les circonvolutions des lobes frontal et occipital, celles de l'insula, celles de la face interne des hémisphères, celles du lobule susorbitaire, ne répondent pas à l'excitation électrique. Les lésions de ces parties de la substance corticale n'ont pas de suites constantes et sont, pour la plupart, sans effet.

L'ablation des deux lobes frontaux paraît diminuer la spontanéité et l'activité de l'intelligence : celle de l'extrémité occipitale des deux hémisphères semble abolir l'appétit, mais ces effets ne donnent pas une idée satisfaisante de la fonction de ces lobes.

6. Il ne paraît pas y avoir un centre vaso-moteur cérébral spécial ; l'appareil vaso-moteur est en relation avec le système moteur général, et comme lui, il a des centres dans la moelle, dans les ganglions centraux et dans les circonvolutions ; ces centres sont subordonnés les uns aux autres.

De même, il n'y a pas de centres ni de nerfs trophiques spéciaux. L'influence trophique est commune à tout le système nerveux.

II. *Corps opto-striés*. — 1. Le corps strié exerce certainement une fonction motrice : une grande partie des fibres motrices du pied du pédoncule cérébral se termine dans ce ganglion. L'excitation faradique du corps strié provoque la contraction générale de tous les muscles du côté opposé ; sa destruction expérimentale ou pathologique détermine l'hémiplégie.

Il serait, d'après le rapporteur, l'intermédiaire entre l'hémisphère et la moelle. Ses cellules groupées et combinées par l'éducation sensorio-motrice seraient l'appareil dont les centres cortico-moteurs se serviraient pour transmettre leurs ordres aux muscles.

2. La *couche optique* serait un ganglion intermédiaire pour la transmission des impressions sensitives depuis les noyaux des nerfs sensibles jusqu'aux centres perceptifs de l'écorce cérébrale. Malgré de nombreuses objections qu'elle peut soulever, cette interprétation a en sa faveur les données de l'expérimentation et de l'anatomie pathologique. Si la localisation des centres respectifs est vraie, il est anatomiquement impossible, suivant les recherches du rapporteur, qu'il y ait entre les faisceaux hémisphériques une autre voie de communication que par l'intermédiaire de la couche optique. Les faits d'hémianesthésie sont parfaitement d'accord avec cette hypothèse.

Les corps opto-striés seraient donc simultanément un instrument de l'hémisphère et un appareil automatique.

Comme interprétation générale de symptômes, fournie par cette manière de voir, on peut dire que :

a. La *paralysie* est une rupture, soit de fibres, soit de cellules, servant au mécanisme de l'appareil nerveux moteur.

b. L'*anesthésie*, une rupture dans le mécanisme sensitif.

c. Le *tremblement*, l'effet d'une gêne dans la conductibilité des fibres blanches.

d. La *convulsion* (y compris la convulsion choréique), le résultat d'une irritation de la substance grise.

e. La *contracture précoce* et *fugitive*, un effet de pression sur un ganglion.

Puisque le système nerveux entier est un vaste mécanisme de cellules et de fibres, son action fonctionnelle devrait pouvoir être décrite en termes de cellules et de fibres; on éviterait ainsi les ambiguïtés qui nuisent tant au progrès et l'on aurait une vraie localisation physiologique.

Le rapporteur n'a pu, dans l'état actuel de la science, qu'esquisser imparfaitement le mécanisme cérébral.

M. Schiff fait observer que la question de localisation cérébrale est une des plus belles conquêtes que la pathologie doit à la physiologie ; mais elle est loin encore d'être complètement résolue. Brown-Sequard, Hermann, Gobtz sont opposés à cette doctrine ; Broca et Charcot s'en montrent partisans. Les vrais centres moteurs ne sont pas directement excitables par les agents électriques, mécaniques, chimiques, mais seulement par les actions réflexes. Le seul moyen de s'assurer de la fonction de telle ou telle partie du cerveau, c'est l'extirpation. M. Schiff a vu qu'en extirpant certains centres considérés comme moteurs, on n'observe que l'ataxie des mouvements.

Il a fait, sur des chiens, l'extirpation des centres moteurs de la face ; les mouvements étaient conservés, la sensibilité tactile abolie ; le pain qu'on leur fait manger reste du côté où cette sensibilité est abolie, entre les dents et la joue ; l'abolition de la sensation tactile nous donne là l'explication de ces phénomènes. Les centres dits moteurs ne sont donc que des centres de sensibilité tactile. Schiff a fait à ce sujet des expériences qu'il a insérées depuis longtemps dans la deuxième édition de ses *Leçons sur l'encéphale*. Ces conclusions ne sont peut-être pas applicables à l'homme ; on devrait peut-être rejeter l'existence de centres chez ce dernier. L'analyse clinique dont M. Charcot a su tirer de si brillants résultats, a toute l'importance d'une expérimentation, et l'on doit tenir en grande estime ses résultats, bien qu'apparemment ils soient en désaccord avec les résultats physiologiques. L'homme, peut-être, doit à la supériorité de son organisation, d'avoir des centres moteurs à la surface du cerveau.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 10 novembre 1885, Congrès de Genève.

LES PHÉNOMÈNES HYPNOTIQUES

CHEZ LES ANIMAUX (1)

Croire que l'hypnotisme est chose nouvelle, moderne, serait commettre une grossière erreur. Comme tout autre phénomène naturel, elle est aussi vieille que le monde. Qui ne connaît le pouvoir suggestif qu'ont un grand nombre d'animaux sur les autres? Vieilles aussi sont ces histoires de serpents qui hypnotisent les oiseaux et même les gros mammifères. Il m'est arrivé de rencontrer des personnes très religieuses qui, pour se mettre à la hauteur des temps, prétendent que, dans le paradis, Eve fut hypnotisée ou du moins suggestionnée par le serpent, et qu'à son tour elle suggestionna Adam.

On connaît cette terrifiante influence des yeux verts du tigre. Ce ne sont pas de ces faits dont je veux parler ici, mais bien de l'hypnotisme provoqué par l'homme chez les animaux, d'après les expériences les plus récentes.

Je prends un coq et je répète sur lui l'expérience connue sous le nom d'*experimentum mirabile* de Kirchert. Il vient de la basse-cour, il est vivace, se débat, il crie. Je le place sur une table en lui tenant la tête appuyée par un côté sur le plan de cette table, sur laquelle, avec un morceau de craie, je trace une ligne droite qui part de son œil; aussitôt il demeure immobile, hypnotisé. Il reste dans cette position un temps indéfini. Je prends un lapin, je le place étendu sur le dos, sur un petit plat pour l'empêcher de tomber et sans rien autre, il arrive rapidement dans un état hypnotique.

Ces simples expériences, presque populaires, sont des exemples typiques de l'hypnotisme provoqué chez les bêtes.

Les expérimentateurs patients ont réussi à hypnotiser un certain nombre d'animaux.

Le Dr Danileski, de Kharkoff, a réussi à obtenir le sommeil hypnotique chez la poule, le coq, le serpent, le crocodile, le chat, la gazelle, etc.

(1) Traduit de l'*Italia termale* du 2 octobre 1892, par le docteur Moreau (de Tours).

Il mettait l'animal dans une position anormale, sur le dos, par exemple, et l'immobilisait pendant un certain temps en exerçant une légère pression.

L'animal, peu à peu, devenait insensible, les mouvements volontaires étaient annihilés, et si l'on fermait les voies respiratoires, il ne réagissait plus. Une poule d'Inde ainsi hypnotisée ne remue plus ; elle ne sent plus rien, et si on la pique avec une épingle, ou si on la chloroformise, elle n'oppose pas la moindre résistance.

Vient-on à boucher les narines de l'animal avec un petit morceau de papier, il ne cherche nullement à s'en débarrasser. Mais quand la suspension de la respiration arrive à l'asphyxie, l'animal éprouve une espèce de convulsion qui fait tomber le papier, et les mouvements respiratoires reprennent de nouveau. L'hypnose ou sommeil hypnotique dure une demi-heure chez la poule, quinze minutes chez le serpent, et de dix à quinze minutes chez les autres animaux.

Chez les animaux, l'hypnotisme semble être le résultat d'une sorte de paralysie de la volonté. Il semble que ce soit une renonciation à la lutte devant une volonté supérieure.

La violence extérieure, douce et continue, que l'on exerce sur les animaux pour les endormir, joue le rôle de la concentration de l'attention que l'on observe dans l'hypnotisme de l'homme. Le Dr Czinski, du Caire, a pu ainsi hypnotiser des chiens, des chats et des singes.

Le Dr Bruno, de Madrid, a hypnotisé des chats et des pigeons. On a pu, de la même manière, hypnotiser des cochons d'Inde, des grenouilles et même des petits alligators, mais plus difficilement.

L'hypnose obtenue, les membres conservent cependant leur élasticité et peuvent prendre et garder toutes les positions qu'on leur donne. Harting dit qu'en répétant souvent l'expérience chez une poule, on peut la rendre définitivement paralysée dans certains membres.

Les charmeurs de serpents ne sont d'ailleurs que des hypnotiseurs, et certains dompteurs doivent certainement avoir recours à l'hypnotisme pour se faire obéir des lions, des panthères et autres animaux féroces.

Un spirituel auteur entendant dire que Danileski avait

hypnotisé non seulement des écrevisses et même des poulpes, disait : « Quel dommage que Gilliath (le héros de Victor Hugo) n'ait pas connu ce moyen? Il n'aurait pas eu à soutenir contre la pieuvre un terrible combat... il l'aurait plongée dans le sommeil hypnotique ! »

Des expériences les plus intéressantes ont été faites sur le cheval. On obtient facilement chez lui l'hypnose en le plaçant de telle manière qu'il regarde fixement l'expérimentateur.

Un cas curieux d'hypnose chez le cheval a été observé par J. B. Glanson, *horseman* de Cleveland, dans les Etats-Unis. Il raconte qu'un nommé White, habitant à trois milles environ de la ville, bon dresseur de chevaux, qui se vantait de savoir maîtriser les chevaux les plus vicieux, se trouva un jour dans un grand embarras. Il lui était arrivé un étalon noir qui était bien la bête la plus méchante que l'on puisse trouver. Il mordait et lançait des ruades de telle manière qu'il était impossible de l'approcher, et finalement, White fut contraint de l'abandonner dans le pâturage. Il avait eu l'idée de le tuer, mais ce moyen extrême lui souriait peu, la bête étant une bête de valeur. White avait un fils de 11 ans, d'une vivacité et d'une gentillesse remarquables. Un jour, on peut s'imaginer avec quel étonnement, en même temps avec quelle terreur, il vit arriver au coin du champ son fils qui, agile comme un clown, galopait sur le *diable noir*, le terrible étalon ! L'enfant descendit de cheval, le mit à l'écurie, et appuyant sa tête sur celle de l'animal, le caressait comme la bête la plus douce que l'on pût trouver. Mais une autre personne cherchait-elle à l'approcher, le cheval se débattait comme un démon. L'enfant se divertit pendant quelques mois avec le *diable noir*, mais nul autre ne pouvant en venir à bout, on le vendit pour 25 dollars à un conducteur de diligence. Il est évident, ajoute Glansen, que l'enfant, inconsciemment, avait hypnotisé le cheval, ou tout au moins l'avait suggestionné.

L'hypnose peut donc s'obtenir chez les animaux par les mêmes procédés que chez l'homme ; directement par la fixation du regard, indirectement en agissant de différentes manières, par la position où l'on place l'animal, par les

impressions tactiles ou visuelles, même par une impression mentale.

Richet a obtenu sur une limande des effets analogues à ceux que l'on observe chez l'homme en état d'hypnose, de catalepsie ou d'hystérie.

Le réveil des animaux hypnotisés s'obtient facilement. Mon coq relevé, mon lapin remis sur ses pattes, tous deux reprirent leur vivacité et revinrent promptement à leur état normal.

*
* *

Parmi les différentes manières de provoquer l'hypnose chez les poissons, nous ne devons pas passer sous silence celle étudiée par Regnard dans la pêche avec la dynamite.

Le Dr Rochard, dans sa thèse sur les blessures produites par les matières explosibles, étudie plus spécialement celles produites par la dynamite qui détermine une brûlure, comme le font les explosions de poudre ou de grisou, fait remarquer que la dynamite agit surtout par la violence du *choc*, que ses effets sont terribles sur les personnes proches de l'explosion, et que sur les personnes éloignées, la force expansive des gaz retentit encore sur le système nerveux. A ce sujet, il y a déjà plusieurs années que Regnard avait entrepris des expériences avec son maître, Paul Bert, et tout récemment en a donné communication à la Société française de Biologie.

Il faisait éclater dans un bassin rempli de poissons et de grenouilles, des cartouches de 30 grammes de dynamite, préparées avec la mèche réglementaire qui brûle de un centimètre à la seconde et se termine par une capsule fulminante. A peine la colonne d'eau soulevée par l'explosion était-elle retombée que l'on voyait grenouilles et poissons à la surface, le ventre en l'air, immobiles et comme morts. Bien entendu, ceux qui se trouvaient auprès de la cartouche étaient complètement anéantis, tandis que ceux qui étaient éloignés, malgré leur immobilité, n'étaient qu'en état de mort apparente. Il suffisait de les toucher très légèrement

pour les voir récupérer toute leur agilité et s'enfuir rapidement.

Pour prendre ces poissons, Regnard se servait d'un petit filet qu'il faisait glisser dessous en évitant de les toucher. Ils ne présentaient pas la moindre lésion. Ils étaient seulement comme sidérés, paralysés par la commotion transmise par les vibrations de la dynamite, mais cependant pas assez pour ne pas se mouvoir au moindre attouchement. Cette commotion était donc comme un véritable état hypnotique que la moindre excitation dissipait.

Ces faits, d'ailleurs, sont connus de ceux qui veulent pêcher à la dynamite ; ils savent que pour les poissons éloignés de l'explosion il faut user de précautions, les prendre avec un filet, parce que la plus grande partie n'est qu'étourdie, ainsi qu'on le dit communément.

Les observations de Laborde sur les truites pêchées à la dynamite confirment les expériences de Regnard. Ces truites sont dans un état de stupeur absolue qui persiste un temps variable. Mais veut-on les prendre, elles glissent dans la main, et à peine touchées, elles se sauvent.

Regnard pense que l'explosion de dynamite agit non seulement par la masse énorme des gaz développés, mais aussi par l'intensité des vibrations du milieu ambiant. Ces vibrations peuvent se transmettre jusqu'à une certaine distance aux centres nerveux dans lesquels elles provoquent des accidents plus ou moins graves. Naturellement la transmission est plus facile dans l'eau que dans l'air et c'est pour cela que la stupeur nerveuse hypnotique est presque totale et complète chez les poissons.

Du reste, cette *sidération nerveuse*, comme l'appelle Regnard, n'est pas spéciale à la dynamite. Weir-Mitchel, médecin américain, a depuis longtemps déjà observé les effets nerveux extraordinaires causés par une blessure insignifiante d'arme à feu. Laborde rappelle qu'on observe des phénomènes analogues chez un lapin quand on tire un coup de fusil sans l'atteindre. Il reste immobile, comme hypnotisé, et ne se sauve que lorsqu'on le touche.

*
* *

Les effets provoqués par les explosions de dynamite sur le système nerveux se rapprochent de ceux que l'on observe dans les accidents de chemins de fer où l'on voit des voyageurs parfaitement indemnes, rester hébétés, sidérés, avec perte de la conscience et de la mémoire, présenter des monoplégies et hémiplégies passagères, parfois même devenir de véritables aliénés, ou par épuisement nerveux des neurasthéniques (*Brain railway*, des Anglais).

Lors de l'explosion de dynamite provoquée à Paris par Ravachol, on vérifia sur deux femmes les phénomènes nerveux transitoires dont nous venons de parler. On ne peut attribuer ces phénomènes à la terreur, car ces deux personnes perdirent toute conscience par la violence de la secousse et étaient incapables de rendre compte de ce qui arrivait. Mais nous ne voudrions pas que cette digression, fort intéressante du reste, nous entraînât trop loin et nous terminons notre rapide étude sur l'hypnose chez les animaux.

Ernest Hart, parlant du mode dans lequel se produit l'hypnotisation chez les animaux, ne croit pas à l'exactitude de l'opinion courante qui veut voir dans ce phénomène un processus actif exercé par l'hypnotiseur sur l'animal hypnotisé.

Si l'on introduit un lapin dans la cage d'un serpent, il reste fasciné, comme on dit, parce qu'il est fixement regardé par le reptile. Le lapin reste hypnotisé, dit Hart, mais non pas parce que le serpent le regarde ; c'est lui, au contraire, qui regarde le serpent, qui s'hypnotise, qui se fascine lui-même. Ce fait est confirmé par ce qui arrive aux sujets hypnotiques chez qui un moyen mécanique quelconque suffit à produire l'hypnose, et il est inutile d'attribuer une force vitale quelconque, une influence fascinatrice hypnotique soit au serpent, soit au rusé (*sic*) expérimentateur.

Il est certain que cette manière de considérer l'hypnose comme un phénomène nerveux qui se produit exclusivement chez un sujet, concorde avec les observations dont nous avons parlé de Regnard.

Bien qu'à l'état embryonnaire, ces études sont des plus importantes, car elles peuvent faire jaillir de nouvelles données pour l'hypnologie humaine.

Au point de vue pratique, nous pourrions rappeler qu'en Autriche il est passé en usage d'hypnotiser les chevaux, et même, suivant Moll, qu'une loi prescrit l'hypnose dans l'armée pour ferrer les chevaux. Un officier de cavalerie, M. Balassa, a mis ce procédé en pratique ; il lui a donné son nom. En Autriche, cette manière d'hypnotiser les chevaux s'appelle *Balassiren*.

Dr James Lysing.

LES TROUBLES SENSORIELS ORGANIQUES

Et moteurs consécutifs aux traumatismes du cerveau [1]

Par le Dr Azam,

Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux, correspondant de l'Académie de Médecine.

AVANT-PROPOS

En février 1881, j'ai publié un travail sur les troubles intellectuels, provoqués par les traumatismes du cerveau. Aujourd'hui, et comme suite à ce mémoire, je vais m'occuper des troubles apportés dans les fonctions sensorielles organiques et motrices, par les lésions traumatiques de cet organe ; mais je n'étudierai que les troubles *tardifs*, trouvant peu d'intérêt dans l'étude des conséquences immédiates du traumatisme, laquelle est très bien faite ailleurs. — J'ai peu de choses à ajouter à ce que j'ai dit, il y a neuf ans, au sujet des troubles intellectuels ; il a été cependant publié des faits intéressants parmi lesquels je citerai le suivant :

Le Dr Châtelain a communiqué aux *Annales Médico-Psychologiques* de novembre 1889, sous le titre de « *Un cas de Psychose épileptique* », une observation intéressante dont voici le résumé :

Un jeune homme de 19 ans, de bonne famille, bien élevé, et n'ayant jamais manifesté de dérangement intellectuel proprement dit, entre un jour, chez un chapelier à Neufchâtel, et demande à voir des chapeaux, les marchande, les examine et cause longuement avec le marchand auquel il a donné son nom et son adresse, puis sans motif, se précipite sur lui et le frappe à la tête avec sa cravache ; après une courte lutte, il s'enfuit, emportant un chapeau neuf à la place du sien sur lequel est inscrit son nom ; on l'arrête, et le magistrat, se refusant à voir un acte raisonné dans cette agression et ce vol, fait faire une enquête ; alors on découvre que ce jeune homme, appartenant à une famille d'aliénés et de névro-

(1) *Archives générales de médecine*, 1890, mai.

pathes, a eu d'autres absences semblables, et des impulsions aussi peu raisonnées ; cette enquête faite, il l'acquitte comme irresponsable. Je relève dans cette enquête, parmi les commémoratifs, qu'à l'âge de cinq ans, ce jeune homme a fait une chute sur la tête suivie de perte de connaissance ; et qu'un peu plus tard il a été renversé par une voiture et que cet accident a été suivi d'une nouvelle perte de connaissance.

M. Châtelain ne me paraît pas avoir ajouté une importance suffisante à ces faits ; pour moi, ils sont un élément considérable dans l'étiologie de la singulière aberration qui a poussé ce jeune homme à battre et à voler ce chapelier ; est-ce de l'épilepsie larvée ou psychique, comme l'auteur la nomme ; ou est-ce quelque autre trouble mental encore innommé et difficile à classer ?... Je n'ai qu'à constater que longtemps après deux traumatismes cérébraux suivis de perte de connaissance, un homme, bien portant d'ailleurs, commet un acte dont il a été, à juste raison, jugé irresponsable, et je demeure convaincu qu'entre les traumatismes et l'acte commis, il existe une relation de cause à effet.

I

TROUBLES SENSORIELS ET ORGANIQUES.

Le cerveau est non seulement l'organe qui préside aux fonctions dites intellectuelles ; mais, les diverses formes de la sensibilité et les fonctions organiques sont sous sa dépendance.

Il y a donc intérêt à étudier l'action tardive du traumatisme cérébral sur ces phénomènes.

Il faut reconnaître que, dans l'état actuel de la science, cette question est fort obscure ; surtout en ce qui touche l'action du cerveau sur le fonctionnement des organes. Il est cependant acquis, par des expériences d'une indiscutable valeur, que la lésion du plancher du quatrième ventricule provoque le diabète ; pourquoi la lésion par commotion ou ébranlement, d'une partie quelconque du cerveau, ne provoquerait-elle pas telle ou telle lésion organique ou tel ou

tel état morbide d'une origine jusqu'à ce jour inconnue.

S'il est permis de raisonner par analogie, rien de plus naturel que mon hypothèse et nous ne sommes pas, après tout, si fixés sur les causes profondes des maladies, qu'on ait le droit de dédaigner cette supposition. C'est ici le cas de dire, avec M. Crookes, le grand physicien anglais : « Les hypothèses sont les poteaux indicateurs qui guident les travailleurs dans la route des recherches » ; il appartient donc à l'avenir de dire, après des observations bien faites, quel est le rôle que joue le traumatisme cérébral dans le trouble des fonctions et dans les maladies des organes ; ce rôle est peut-être plus grand qu'on ne le croit.

Voici quelques-unes des hypothèses qu'il est permis de faire.

Le système nerveux, dont le cerveau est le centre, est, à n'en pas douter, le grand régulateur des fonctions ; il préside à la juste répartition des éléments qui constituent le corps. Or, sauf les maladies virulentes, dont la cause est extérieure à nous, comme la rage, la fièvre thyphoïde, la variole, etc., etc., que sont presque toutes nos maladies ? Ce sont des désordres dans la répartition des éléments normaux : la pierre, les athéromes, diverses maladies du cœur, sont du carbonate de chaux mal placé. Les carcinomes, les épithéliomas, sont des hypergenèses hétérotopiques du tissu épithélial, les lipomes, les fibromes, la prolifération mal placée des tissus fibreux et adipeux.

Il en est de même des fonctions de sécrétion, ou des fonctions de motilité. La diarrhée n'est qu'un désordre dans le fonctionnement des glandes intestinales ; l'atrophie musculaire, une diminution dans l'apport des éléments des muscles, et de leur contractilité.

Je passerais ainsi en revue toute la pathologie ; j'ajouterai, que si on pouvait douter de l'influence du système nerveux sur la genèse des maladies, je n'aurais qu'à citer le mal perforant, nombre de maladies de peau, le zona, et la symétrie dans nombre d'affections morbides : lipomes, gangrènes, etc. Je m'arrête, ne voulant pas entrer plus avant dans cette question de pathologie générale ; je crois en avoir assez dit pour éveiller les réflexions.

En attendant, enregistrons les faits, ces faits sont comme

les pierres que taille le maçon ; après lui, vient un architecte qui les superpose pour en faire un monument ; un savant de l'avenir établira une doctrine d'après les observations que les travailleurs d'aujourd'hui auront recueillies.

Avant de rapporter des faits, je ferai une remarque générale ; le cerveau étant l'organe d'un nombre très grand de fonctions, ou de manifestations physiologiques, les observations de traumatisme cérébral sont singulièrement complexes en général ; en effet, l'organe est atteint tout entier, et une vivisection, impossible chez l'homme, pourrait seul provoquer une manifestation pathologique isolée, comme par exemple le diabète, pour la piqûre du plancher du quatrième ventricule.

L'accident de chemin de fer, suivi de perte de connaissance, nous présente réunis mieux qu'aucun traumatisme, la plupart des phénomènes morbides tardifs qui sont la suite de l'ébranlement cérébral. Aussi, est-ce parmi ces blessés que je rencontrerai les principaux faits sur lesquels ce travail se base.

Où trouver, en effet, des conditions d'expérimentation plus complètes, que dans une collision de trains ? — Le voyageur, victime d'une force épouvantable, est ballotté dans son wagon comme la souris dans une ratière et, comme elle, perd connaissance par ébranlement cérébral.

Parmi les faits qui ont cette origine, j'emprunte à mon collègue à la Faculté de Bordeaux, M. le Professeur Badal, le cas suivant qu'il a publié dans les *Archives d'ophtalmologie* en 1888.

« Le 18 février 1884, le sieur X..., se trouvant, en qualité d'employé des postes dans un train de la compagnie du X..., allant de A... à B..., il se produisit un tamponnement, par suite duquel cet employé fut projeté, la tête contre un des casiers de son wagon ; il perdit immédiatement connaissance et ne revint à lui, qu'un peu avant son arrivée à B... Le choc avait déterminé une plaie contuse peu étendue, de forme linéaire, siégeant vers la portion externe du sourcil droit, au voisinage de la région temporale, et une hémorrhagie assez abondante s'était produite ; il n'y avait eu à la suite de l'accident, ni paralysie, ni embarras de la parole, mais le malade éprouvait de vives dou-

leurs dans la tête, des bourdonnements dans l'oreille droite, se sentait mal à l'aise et hors d'état de se livrer à un travail actif ; toutefois, en l'absence de phénomènes graves caractérisés, le médecin de la Compagnie crut pouvoir demander à X... de reprendre ses fonctions, ce que fit ce dernier à la date du 10 mars. Son état s'aggrava à tel point, qu'il lui fut impossible de faire son service ; il put cependant descendre seul du wagon ; mais, dans la rue, se trouvant de plus en plus mal à l'aise, il eut un vertige, s'affaissa sur le trottoir sans connaissance et fut transporté à l'hôpital de C... ; là, pendant plusieurs semaines, X... a présenté des accidents graves rapportés à une lésion cérébrale et qui ont fait craindre pour ses jours. Anesthésie et parésie musculaire généralisées, dilatation des pupilles, surdité, rétention d'urine, agitation et plaintes continuelles, douleurs vives dans la région sus-orbitaire droite au niveau de la blessure, céphalalgie, etc., etc. »

« 4 ans après, M. Badal, examinant X... dit ceci : « Ce qui frappe, tout d'abord, dans son aspect, c'est un certain air de tristesse et de lassitude, qu'il attribue surtout à ce que les nuits sont habituellement très mauvaises ; il a de l'insomnie, son sommeil est de courte durée, troublé par des rêves ou des cauchemars pénibles ou effrayants dans lesquels figurent très souvent des accidents de chemin de fer. Au réveil, il se trouve épuisé de fatigue et toute la journée s'en ressent. Le malade porte constamment la tête inclinée sur l'épaule droite ; lorsqu'on lui demande l'explication de cette attitude, il répond que, pour tenir la tête droite, il lui faudrait s'imposer un effort pénible auquel il aime mieux se soustraire. Il semble, en effet, qu'une légère contracture des muscles du cou, tend à faire prendre à la tête la position inclinée dont il vient d'être question ; il est probable qu'il s'agit là d'un trouble d'innervation musculaire, conséquence plus ou moins directe du traumatisme. Les fonctions nutritives s'exécutent bien, il y a même de l'embonpoint, et lorsqu'on l'examine complètement déshabillé, il offre l'aspect d'un homme bien musclé et suffisamment vigoureux ; néanmoins, il affirme que tout travail exigeant un certain effort musculaire lui est interdit ; la fatigue survient aussitôt et il éprouve en outre des maux de tête, un malaise

indéfinissable, qui l'obligent à s'arrêter. La marche se fait régulièrement, sans la moindre incoordination, même lorsque le malade à les yeux fermés ; il peut faire d'assez longues promenades ; mais il se fatigue beaucoup plus vite qu'avant son accident. Au repos, il n'y a pas de tremblement des mains ; ce tremblement se produit, à un degré assez prononcé, lorsqu'on dit au malade de tenir les bras et les mains étendus pendant quelque temps ; la force musculaire, mesurée au dynamomètre à pression, est notablement amoindrie ; il presse, de la main gauche, 28 k. et beaucoup moins de la main droite. Rien de particulier du côté du cœur ni de l'appareil circulatoire.

« Le sens génésique, à en croire X..., serait très déprimé ; il n'a pas d'érections et n'éprouverait aucun désir d'avoir des rapports sexuels, contrairement à ce qui avait lieu autrefois.

« La sensibilité générale est fort émoussée, au moins dans certaines régions ; d'autre part, si le contact des corps est perçu, la sensibilité à la douleur a presque complètement disparu ; il sent qu'on le touche, qu'on fait quelque chose dans le point pincé ou piqué, mais c'est tout. La sensibilité des muqueuses est manifestement altérée ; on peut porter le doigt profondément dans le pharynx, chatouiller la luette, et les piliers du voile du palais, sans déterminer le moindre mouvement réflexe, nausée ou vomissement. Bien que la muqueuse de la langue ait perdu toute sensibilité, le sens du goût paraît intact.

« Les réactions électriques sont beaucoup moins vives qu'à l'état normal, l'odorat est intact ; l'acuité de l'ouïe est réduite de près de moitié ; cet affaiblissement s'accompagne d'un bourdonnement continu et de tintements qui sont un sujet de plaintes constantes.

« Mais, de tous les organes des sens, celui de la vue est le plus particulièrement affecté ; X... prétend qu'il lui est devenu impossible de lire ou d'écrire d'une manière suivie, par suite de douleurs périorbitaires, et de céphalalgie, qui augmentent d'intensité à mesure que l'application se prolonge ; de plus, les caractères deviennent de plus en plus confus, se dédoublent et chevauchent les uns sur les autres. »

Dans le même mémoire de M. le professeur Badal, je trouve aussi l'observation suivante.

« A la date du 29 décembre 1884, M. C... se trouvant dans le train, qui d'Angoulême, se rendait à Limoges, fut, par suite d'un déraillement, précipité du haut d'une chaussée, haute de 12 à 15 mètres. Retiré du wagon sans connaissance, il ne revint à lui que quelques moments après, ressentant partout des douleurs violentes, et blessé superficiellement à la jambe droite et à la face.

« Ramené à Angoulême et conduit de là à son domicile, il se mit au lit pour trente-six jours, éprouvant des vertiges très pénibles qui survenaient ou augmentaient dès qu'il cherchait à se tenir debout.

« Depuis cette époque le système nerveux est resté fortement ébranlé. M. C... est pâle, amaigri, présente un aspect fatigué ; les forces sont affaiblies, les fonctions digestives s'exécutent mal ; l'appétit fait constamment défaut ; la tête est habituellement très vide, embarrassée ; le sommeil est insuffisant, troublé par des cauchemars.

« D'une manière générale, le malade ne peut se livrer d'une façon suivie, à aucun travail physique ou intellectuel, sans ressentir bientôt une fatigue particulière qui l'oblige de vivre dans une inaction presque complète ; M. C .. est dans l'impossibilité de fixer son attention sur rien ; il est incapable de calculer, de combiner une affaire, et ne peut faire, de tête, l'addition la plus simple. Il lit et écrit facilement quelques lignes, mais bientôt les caractères deviennent confus, et un certain temps de repos est nécessaire pour que la vision redevienne nette ; l'acuité visuelle du côté droit est très affaiblie, celle de l'œil gauche l'est aussi, mais à un moindre degré ; la marche est lente et pénible, la fatigue survient au bout de quelques minutes, accompagnée de vertiges ; la région lombaire, les membres inférieurs, et particulièrement les genoux, sont le siège de douleurs continues, sourdes, profondes qui s'exaspèrent à la suite de la marche.

« Des troubles trophiques se sont produits dans certains territoires vasculaires, et se sont traduits par un commencement d'atrophie des muscles de la région, les urines sont devenues albumineuses, et, pour les médecins qui l'ont

examiné, le traumatisme est l'origine de la maladie des reins. »

Revenant sur les observations qui précèdent, je ferai remarquer les particularités suivantes, au point de vue des troubles tardifs, sensoriels et fonctionnels.

Le premier de ces malades ne peut se livrer à aucun travail intellectuel, il a des insomnies, des cauchemars, un affaiblissement de la vue et une légère surdité. Il a un air de tristesse et de lassitude, il se fatigue beaucoup plus vite qu'avant son accident, sa force musculaire est moindre, sa sensibilité cutanée est affaiblie, et il est analgésique d'une façon presque absolue.

Il en est de même pour le deuxième malade, M. C... De plus, ce dernier malade éprouve, après la marche, des douleurs continues et profondes.

Enfin, fait intéressant, M. C... est devenu albuminurique, les médecins qui l'ont observé sont convaincus que la lésion des centres nerveux joue un rôle dans la production de l'albumine.

Quel est le point du cerveau dont la lésion peut provoquer ce désordre dans la fonction urinaire? C'est ce qu'aujourd'hui nous ne savons pas, mais il est permis de supposer qu'il en est un, lequel aura été atteint par le traumatisme. J'extrais d'un mémoire que M. Christian vient de publier dans les *Archives de neurologie* des faits analogues aux précédents.

Ce médecin avait récemment dans son service, à Charenton, un jeune homme devenu complètement sourd, à la suite d'une chute faite sur la tête, six ans auparavant ; le même auteur rappelle que Gama a observé un fait semblable ; de plus, on lit dans le *Central-Blatt*, 1882, l'histoire d'une jeune fille de 23 ans, qui, après une chute sur la tête, perdit le sens du goût et de l'odorat.

Je trouve dans le Mémoire de mon éminent collègue, M. Badal, des remarques auxquelles je m'associe, et qui ont trait aux observations rapportées plus haut ; ces troubles, dit-il, peuvent n'apparaître qu'un certain temps après l'accident, sans abréger, d'une façon bien évidente, la vie du malade, au moins dans la grande majorité des cas. Plus loin : Les symptômes les plus frappants appartiennent à la

sphère émotionnelle, le caractère subit des changements profonds, les sujets sont tristes, taciturnes, recherchent la solitude, vivent dans l'inaction renfermés en eux-mêmes, ont des idées noires sans pouvoir s'en expliquer les motifs ; parfois, cependant, la pensée d'être gravement atteints dans leur santé, donne aux malades une allure manifestement hypocondriaque ; sous l'influence de cette idée, ils s'étudient constamment, et notent les moindres sensations désagréables qu'ils éprouvent.

Je dirai, avec le même auteur, et aussi avec M. Vibert, que la plupart des sujets sont devenus indifférents à ce qui les entoure ; leur apathie est caractéristique. Beaucoup sont comme somnolents ; d'actifs ou d'agités qu'ils étaient avant l'accident, ils sont devenus incapables de s'occuper de leurs affaires, et de remplir leurs obligations professionnelles, en raison de la lenteur de leur conception.

Les diverses formes de la sensibilité sont atteintes, beaucoup d'anciens blessés du cerveau ont des anesthésies cutanées plus ou moins étendues, et ont une insensibilité complète, soit à la douleur (comme le sujet d'une des observations rapportées plus haut), soit au chaud et au froid. Les muqueuses n'échappent pas à ces anesthésies. Les organes des sens qui sont le plus fréquemment atteints sont : la vue et l'ouïe, nous l'avons déjà dit. Pour la vue, on observe une sensibilité anormale à la lumière, des éblouissements, des photopsies, de la céphalalgie à la moindre application des yeux. On observe aussi de l'inégalité pupillaire, une diminution dans l'accommodation, de l'insuffisance musculaire amenant du strabisme et de la diplopie.

La grande compétence, en oculistique, du professeur Badal, donne à ces remarques, auxquelles je m'associe, un très grand poids.

Du côté de l'ouïe, on observe de l'hyperacousie, des bourdonnements, des sifflements ; d'autres fois, les malades deviennent presque sourds ; M. Ladreit de Lacharrière a observé un malade qui, après une chute en arrière sur la tête, était devenu absolument sourd. Ici, les troubles étaient primitifs, car le malade était sourd en reprenant connaissance, et n'a jamais guéri depuis ; cela n'en prouve pas moins que l'ébranlement cérébral communiqué aux racines

très molles des nerfs acoustiques, a pu avoir une action sur ces racines, action qu'il est parfaitement permis d'admettre pour d'autres origines nerveuses. On cite aussi des cas de surdi-mudité survenus dans les mêmes conditions.

L'odorat et le goût sont plus rarement atteints ; mais je dois ajouter que, dans l'état actuel de la science, la constatation de ces altérations sensorielles est difficile. L'impotence sexuelle des sujets est très caractéristique ; les désirs vénériens sont anéantis ou du moins très affaiblis.

Il est d'autres troubles généraux qui indiquent une altération profonde des fonctions organiques ; ainsi, la constipation, la diarrhée, etc., etc... Nous avons rapporté, plus haut, l'histoire d'un malade devenu albuminurique ; d'autres ont de l'oppression, des palpitations sans bruits de souffle, ou des suffocations. En un mot, il existe un trouble général de toutes les fonctions.

Rien n'est plus naturel, car je l'ai dit plus haut, le cerveau tient, par les nerfs qui en émanent, toutes les fonctions sous sa dépendance.

C'est dans l'étude de ces troubles, en rapport avec la partie du cerveau lésée, qu'est la clef des localisations cérébrales. Mais, pour arriver à des conclusions sérieuses, il faudrait pouvoir les étudier isolés. Or, pratiquement, chez l'homme, il en est bien rarement ainsi, comme je l'ai fait remarquer plus haut. On peut, cependant, rencontrer des faits où un traumatisme déterminé atteint seulement une partie également déterminée du cerveau. Rien n'est plus probant. Ainsi, j'ai eu dans mon service, à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, l'occasion d'étudier un malade qui, ayant reçu un coup sur la région temporale gauche et après une longue perte de connaissance, était aphasique. Le traumatisme avait atteint seulement la circonvolution de Broca.

II

TROUBLES DE LA MOTILITÉ.

La parfaite coordination des mouvements, et le bon fonctionnement de la plupart des organes, sont absolument soumis à l'intégrité et au parfait état du système nerveux, sur lequel le cerveau règne en maître.

Je n'ai, pour fixer les idées sur ce point, qu'à rappeler la précision des mouvements des doigts du pianiste, et la parfaite régularité des battements du cœur, ces exemples suffisent. Il est donc naturel qu'un traumatisme du cerveau altère le fonctionnement de tous ces mouvements volontaires ou non volontaires.

Bien qu'il soit de science élémentaire qu'un hémiplégique, un homme qui porte un caillot dans son cerveau, présente à l'observation, nombre de phénomènes morbides dans sa motilité, organique ou volontaire, il n'est pas aussi couramment admis (et on l'observe moins souvent) qu'un homme qui a été atteint d'un traumatisme présente des phénomènes de la même nature ; et cependant, la blessure a provoqué un état cérébral presque analogue.

Recherchons d'abord dans les faits publiés, et, particulièrement, dans les observations relatées plus haut les troubles de la motilité provoqués par le traumatisme cérébral.

L'un de ces malades, X..., porte la tête inclinée d'un côté par suite d'une légère contracture des muscles du cou ; il existe donc, chez lui, un trouble dans l'innervation musculaire, tout travail exigeant un certain effort lui est interdit ; la fatigue survient aussitôt et l'oblige à s'arrêter. Au repos il n'a pas de tremblement des mains ; mais, ce tremblement se produit à un degré prononcé lorsqu'on dit au malade de tenir ses bras étendus pendant quelque temps. Sa force musculaire, mesurée au dynamomètre, est notablement amoindrie. Les battements du cœur sont réguliers, et on n'observe chez X... aucun état pathologique qu'on pourrait rapporter à une altération de la contractilité des muscles de la vie organique. J'ajouterai que X... est devenu légèrement strabique ; M. Badal attribue ce strabisme à une insuffisance du muscle droit interne d'un des yeux.

Chez un autre malade, M. C..., la marche est devenue lente et pénible, et la fatigue survient, après quelques minutes, accompagnée de vertige ; des troubles trophiques se sont produits dans certains territoires vasculaires, et ont amené des atrophies de plusieurs muscles ; ainsi le mollet gauche a diminué de grosseur.

Je pourrais analyser, en outre de ces observations, d'autres que j'ai citées, ou plusieurs de celles qu'on rencontre

dans les auteurs ; mais, quoique différant dans le détail, leur fond est le même ; chez tous ces malades, en effet, les troubles ne sont pas identiques ; mais tous, intellectuels, sensitifs ou moteurs, ont pour origine la lésion cérébrale.

Les accidents de chemin de fer, lesquels, on le sait, amènent la plupart du temps, des traumatismes cérébraux, ont donné lieu, particulièrement, en Angleterre, en Amérique et en Allemagne, à des travaux importants ; de plus, ils ont été étudiés dans le dernier Congrès de médecine légale de Paris en 1889.

Les auteurs de ces travaux ont fait, au point de vue des troubles de la motilité, des remarques précieuses, basées sur un grand nombre de faits ; et ces remarques ne font que corroborer les précédentes. Dans ces pays, en effet, les accidents de chemin de fer sont nombreux, et aussi les questions médico-légales qu'ils soulèvent. On leur donne une telle importance scientifique, qu'on en a fait comme des entités morbides sous les noms de Railway-Spine, Railway-Brain.

On pourrait m'objecter que les accidents de chemin de fer ne provoquent pas toujours des traumatismes cérébraux, et que mon assimilation est forcée ; je le reconnais, dans une certaine mesure ; mais les cas dans lesquels le cerveau n'est pas atteint sont presque une exception. Que se passe-t-il, en effet, dans les collisions de train ou les déraillements ? Nous l'avons dit, les voyageurs projetés les uns contre les autres ou contre les parois des wagons, sont frappés à la tête et perdent connaissance. Il en est ainsi pour la plupart d'entre eux ; et le charpentier qui tombe d'une échelle, ou le cavalier victime d'un cheval emporté, ont avec eux une indiscutable analogie.

On observe aussi, chez ces malades, de l'oppression, des palpitations sans bruit de souffle, des intermittences du pouls, et un sentiment de constriction à la gorge amenant des suffocations ; aussi, mais plus rarement, de la constipation, de la diarrhée, de la polydypsie, de l'albuminurie, une toux nerveuse sans lésion pulmonaire, des contractures, des atrophies, de la rétention d'urine, etc., etc.

Je ferai observer que la plupart des accidents que je viens de signaler sont dus à une altération du système nerveux

de la vie organique, laquelle provoque des troubles dans la motilité du cœur, du poumon, de l'intestin et de diverses fonctions.

J'ajouterai qu'on sait, après les beaux travaux de M. Charcot, qu'il est très commun de voir l'hystérie mâle apparaître après un traumatisme ; elle était comme latente et se montre alors, avec une intensité et des apparences qui ont, bien souvent, trompé le médecin.

Il en a été certainement de même, dans plusieurs cas de traumatisme de chemin de fer ; les auteurs allemands qui se sont dernièrement occupés de la question, l'ont parfaitement reconnu. Du reste, quelle que soit la nature des suites du traumatisme, il n'en demeure pas moins établi qu'un individu, jusqu'alors bien portant, étant blessé à la tête, peut voir se développer, après une guérison primitive, une névrose qui a son siège dans le cerveau.

Voici ce que dit à ce sujet M. Charcot : « Ces états nerveux graves et tenaces, qui se présentent à la suite des collisions de ce genre, et qui mettent les victimes dans l'impossibilité de se rendre à leur travail, ou de se livrer à leurs occupations pendant des périodes de plusieurs mois, ou même de plusieurs années, ne sont souvent rien que de l'hystérie. L'hystérie mâle est donc digne d'être étudiée et connue du médecin légiste. » Et ailleurs : « L'hystérie mâle n'est donc pas, tant s'en faut, très rare. Eh bien, Messieurs, si j'en juge d'après ce que je vois chaque jour, parmi nous, ces cas-là sont bien souvent méconnus même par des médecins distingués. »

(*A suivre.*)

BULLETIN MENSUEL

DE LA

CLINIQUE HYPNOTHÉRAPIQUE DE LA CHARITÉ

Octobre 1899.

SALLE ANDRAL (femmes).

Mme Vve B., 39 ans, couturière. *Hystérie anxieuse.*

A toujours été très nerveuse. A eu à l'âge de 12 ans une fièvre typhoïde assez intense et a subi à ce moment la transfusion du sang.

Depuis cette époque bien portante jusqu'à l'âge de 26 ans, où elle éprouva un violent chagrin suivi d'une attaque de mutisme hystérique qui dura huit jours. Lors de la mort de son mari (la malade avait alors 29 ans), attaque violente d'hystérie accompagnée d'accidents cérébraux assez graves. Cette attaque est suivie d'une paraplégie qui dura six mois et fut traitée en Italie par l'hydrothérapie.

Au mois d'avril dernier, à la suite de grosses pertes d'argent causées par la faillite d'une banque, nouveaux accidents caractérisés par une violente oppression et des palpitations de cœur. Ses règles en cours s'arrêtent et n'ont plus reparu depuis.

Entrée salle Andral le jeudi 21.

Hypnotisé pour la première fois le samedi 23 au simple commandement. (Jamais la malade n'avait été hypnotisée auparavant.) Dès la première suggestion les accidents nerveux cardiaques s'atténuent. On continue le traitement.

CONSULTATION EXTERNE (femmes).

Elise A., 12 ans, *Chorée, suite d'une peur.*

Cette malade, atteinte de chorée et d'une grande difficulté de la parole, avait commencé son traitement au mois d'août dernier, mais avait été obligé de l'interrompre pendant les vacances. Le mieux qui s'était alors accusé avait presqu'entièrement disparu, lorsqu'elle est revenue me trouver le 1er octobre.

Elle fut soumise à un double traitement. Tous les deux jours, on lui fit un transfert prolongé et tous les autres jours une séance d'aimantation de vingt minutes. Un puissant aimant en fer à cheval est placé sous ses pieds ; une couronne aimantée entoure son cou et se termine sur sa poitrine ; enfin, un barreau aimanté est

placé sur ses genoux et la malade place une de ses mains sur chacune des extrémités du barreau.

Sous l'influence de ce traitement, les mouvements choréiques de la jambe et des bras ont beaucoup diminué et la parole est redevenue facile. La guérison n'est plus maintenant qu'une question de quelque temps.

Nous appelons particulièrement l'attention de nos lecteurs sur cette observation, car elle indique les résultats qu'on peut attendre de l'emploi de l'aimantation dans les tremblements. Les premières expériences à ce sujet ont été faites dans notre service et elles montrent comment la modification du champ magnétique ambiant agit puissamment sur les centres nerveux.

Julie D., 16 ans. *Hystérie*.

Cette jeune malade, atteinte depuis un an déjà de crises qui se déclarent à peu près régulièrement tous les quinze jours, a été hypnotisée dès la première séance par le miroir rotatif et, depuis, on continue le traitement par la suggestion simple et le sommeil prolongé. C'est un des cas sur lesquels nous sommes assurés d'obtenir un résultat satisfaisant.

Consultation externe (hommes).

M. L., conducteur des Ponts-et-Chaussées en retraite. *Névralgie faciale ancienne.*

Atteint depuis huit ans d'une névralgie faciale du côté gauche. Les accès sont périodiques et ont quelquefois des intermittences qui atteignent jussqu'à trois mois. Quand les douleurs reprennent, le sommeil est interrompu, grande difficulté pour boire ou pour manger ; l'émission de la parole est aussi très douloureuse, de même que la toux. Les accès une fois déclarés durent sans discontinuer plusieurs mois de suite et ont jusqu'à présent résisté à tous les traitements prescrits. On a vainement essayé le bromure, l'antipyrine, la morphine, la cocaïne, etc., etc.

Ce malade nous arrive chaque fois qu'une de ses violentes crises commence et jusqu'à présent nous avons toujours réussi à les arrêter complètement dès leur début. C'est ainsi qu'au mois de juin 1891, après 18 séances de transfert, les accès ont été arrêtés et la douleur a complètement disparu jusqu'au mois de décembre de la même année. A ce moment, sous l'influence d'une crise nouvelle qui commence, le malade est revenu me trouver ; mais le froid extérieur l'a empêché de continuer son transfert plus de dix jours.

Enfin, en mai 1892, nouvel accès qui disparaît complètement après cinq séances de transfert.

Le 13 octobre 1892 le malade revient encore nous trouver et l'on reprend le traitement par les transferts en y ajoutant l'action des couronnes aimantées flexibles apposées sur le trajet doulou-

reux. Le 29 octobre, le malade se considérait comme débarrassé encore une fois de ses crises qui, auparavant, duraient toujours plusieurs mois.

Emile J., 25 ans. *Neurasthénie. Palpitations nerveuses. Auxiétés respiratoires.*

Malade depuis trois ans. A la suite d'une grande peur,le malade a été pris de suffocation et de tremblements. Il était dûment atteint de pertes séminales depuis près de dix ans. Traité par le bromure et la douche, par la valériane, etc., sans grand résultat. Il y a neuf mois, à la suite de la perte d'un enfant, les troubles s'aggravent. La suffocation augmente, les palpitations deviennent plus fréquentes.

Il vient me consulter le 21 octobre 1892.

Pouls 84.

Respiration 16. Le diaphragme semble se contracter normalement.

Après le transfert.

Pouls 80.

22 octobre. Avant le transfert 92.

Après le transfert même nombre, mais pulsations moins vibrantes, frappant moins fort la poitrine et plus atténuées.Le malade se trouva du reste mieux.

23 octobre. Avant le transfert 100.

— Après le transfert 80.

Les palpitations gênent moins le malade.

25 octobre. Avant le transfert 80.

— Après — 76.

A ce moment les palpitations qui ont presque complètement disparu ne reviennent qu'en cas de grande émotion. On continue les transferts.

Clermont (Oise). - Imprimerie Daix frères.

ANNALES

DE PSYCHIATRIE

ET

D'HYPNOLOGIE

ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE

Programme du Cours d'Hypnologie professé à la Charité, par M. le Dr J. Luys, pendant le semestre d'été 1892 (1).

1re LEÇON.

A. *Système nerveux.* — Cellules nerveuses. — Tubes nerveux. — Structure de l'écorce.

B. *Hypnologie. — La léthargie.* — Symptômes. — Expériences.

2e LEÇON.

A. *Système nerveux.* — Groupement des éléments nerveux. — Leurs rapports.

B. *Hypnologie. — La catalepsie.* — Influence des rayons lumineux sur la vitalité du cerveau. — Expériences.

3e LEÇON.

A. *Système nerveux. — La névroglie.* — Lésions histologiques de la paralysie générale.

B. *Hypnologie. — Le somnambulisme.* — Réveil partiel et suc-

(1) Chaque leçon est divisée en deux parties :

La première partie de chacune d'elle a trait à des questions d'anatomie et de physiologie afférentes au sujet.

La seconde est remplie par l'étude des phénomènes hypnotiques.

cessif des différents territoires sensoriels de l'écorce. — Expériences.

4e LEÇON.

A. *Système nerveux.* — Rapports de l'écorce avec les noyaux centraux.

B. *Hypnologie.* — Expériences diverses. — Etats inconscients provoqués instantanément. — *Suggestions.*

5e LEÇON.

A. *Système nerveux.* — Description des *noyaux centraux.*

B. *Hypnologie.* — Démonstrations expérimentales des localisations sensorielles dans les différentes phases de l'hypnose. — Hemiléthargie, hémicatalepsie, hémisomnambulisme. — Participation expérimentale du lobe *droit* dans les facultés de l'expression verbale.

6e LEÇON.

A. *Système nerveux.* — Systèmes divers des fibres blanches cérébrales.

B. *Hypnologie.* — Actions attractives et répulsives des aimants. — Visibilité des effluves magnétiques bleues et rouges, ainsi que des courants positifs et négatifs des piles. — Action des pôles des aimants sur la sollicitation des émotions gaies ou tristes. — De l'indifférence expérimentale. — Comparaison et analogie de l'action parallèle du fluide de l'aimant sur l'aiguille aimantée et sur l'homme en état hypnotique.

7e LEÇON.

A. *Système nerveux.* — Rapports des fibres cérébrales avec les noyaux centraux.

B. *Hypnologie.* — Visibilité des effluves magnétiques chez les êtres vivants, par les sujets en état hypnotique. — Importance de ces données au point de vue de la pathologie nerveuse. — Ces effluves se retrouvent chez tous les êtres vivants. — Elles disparaissent avec la vie et disparaissent lentement sur le cadavre.

8e LEÇON.

A. *Système nerveux.* — Propriétés physiologiques des cellules nerveuses.

B. *Hypnologie.* — Transmission d'un état pshychique artificiel produit chez un sujet hypnotisé, à un ou plusieurs autres sujets pareillement hypnotisés. — Un sujet mis en état de gaieté par le pôle nord d'un barreau aimanté, transfert son état phychique à un autre sujet avec lequel il est mis en contact. — Des substances variées telles que le cognac, l'extrait de valériane par lesquelles il est impressionnés, — sont susceptibles de se communiquer à d'autres sujets et de produire des réactions similaires. — Expériences.

9e LECON.

A. *Système nerveux.*— Mise en activité des éléments de l'écorce. — Phénomènes de la Perception, de la Mémoire, et de la Motricité volontaire.

B. *Hypnologie.*— Action hypnotisante des miroirs rotatifs.— Ils facilitent l'hypnose et préparent aux suggestions médicatrices. — Avantages pratiques de ces appareils dans la guérison d'états nerveux divers, vertiges, hystérie convulsive, et dans la pratique des accouchements.

10e LEÇON.

A. *Système nerveux.* — Répartition de l'influx cérébelleux dans différents territoires de la base de l'encéphale. — Vertiges. — Troubles moteurs cérébelleux.

B. *Hypnologie.*— Des couronnes aimantées. — Leur action dans les troubles vertigineux et convulsifs. — Elles *emmagasinent* certains états phychiques. — Des transferts des états névropathiques d'un sujet à un autre. — Changement de la Personnalité. — Le sujet en état hypnotique devient le *Récepteur* d'un malade avec lequel il est mis en contact. — Il prend son état névropathique, Contractures, tremblement, troubles viscéraux gastralgiques, cardiopathiques. — Au réveil le sujet récepteur ne garde aucun souvenir de ce qui s'est passé en lui. — Ce transfert a amené des guérisons, et de nombreuses améliorations d'états névropathiques variés.

LES TROUBLES SENSORIELS ORGANIQUES

Et moteurs consécutifs aux traumatismes du cerveau

Par le Dr Azam,

Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux, correspondant de l'Académie de Médecine,

(*Suite*)

III

Considérations générales

Dans les lignes qui précèdent, j'ai raconté un certain nombre de faits qui prouvent que les traumatismes cérébraux peuvent provoquer des troubles tardifs de toutes les fonctions de cet organe ; je vais maintenant exposer quelques considérations générales qui découlent de cette proposition.

Si nous comprenons aujourd'hui comment la bile ou l'urine se forment dans l'organisme, c'est-à-dire les rapports que ces liquides ont avec le rein et le foie, nous sommes loin de comprendre aussi bien les rapports du cerveau avec la pensée, la sensibilité et le mouvement Cependant, ce que nous savons, c'est que pour le cerveau, comme pour tout autre organe, l'intégrité de l'organe est la première condition de l'intégrité du produit. L'urine contient-elle de l'albumine, le médecin diagnostique une lésion du rein. Un blessé du cerveau devient épileptique, paralysé général ou aveugle ; n'est-il pas logique de supposer que le cerveau est atteint dans sa contexture intime? Mais quelle est la partie de cet organe qui est atteinte ? c'est ici que la réponse est difficile. Elle est difficile, voici pourquoi.

Les traumatismes cérébraux sont suivis de manifestations complexes ; un individu frappé à la tête, perd connaissance, et, après un certain temps, présente les phénomènes morbides auxquels je fais allusion ; mais ces phénomènes sont si nombreux et si variés qu'il est impossible à l'observateur de discerner leur origine précise. Le malade est tout à la fois lésé dans sa motilité, dans son intelligence et

dans ses sens. Je sais bien qu'il y a des cas, je l'ai dit plus haut, dans lesquels une lésion limitée à un point précis du cerveau, a donné lieu à des accidents spéciaux. Mais combien sont rares ces cas.

La vivisection, chez un animal, pourrait seule répondre à ce desideratum de la science. Mais, quand il s'agit du cerveau, surtout de ses fonctions intellectuelles, les réponses de la vivisection n'existent pas.

Aujourd'hui cependant, et particulièrement dans ces dernières années, on est mieux fixé sur la localisation de certaines fonctions cérébrales ; particulièrement au point de vue de la motilité ; je dirai plus, les opérations hardies se basant sur ces connaissances, ont pu rendre aux malades une santé relative et des mouvements jusqu'alors perdus. Sur ces points, la science est en voie d'évolution, mais avec des observateurs jeunes et vaillants, comme MM. Charles Richet, Pitres, Gilles de la Tourette, Vibert, etc., etc., il est permis d'espérer qu'on y verra plus clair dans les ténèbres des maladies nerveuses au grand bénéfice de la science. Leurs aînés y comptent.

Je dois faire remarquer qu'un traumatisme, un choc, amène dans un organe des désordres, d'autant plus importants, que sa trame est plus délicate ; et que les fonctions auxquelles il préside sont plus élevées ; la même force agissant sur l'œil ou sur le nez, aura sur ces organes des effets bien différents, et la même contusion sur le bras d'un terrassier et sur celui d'une pianiste, aura, sur l'exercice de leurs mains et de leurs doigts, des conséquences qu'on ne saurait comparer.

Or, de tous les organes, le cerveau est certainement celui dont la trame est la plus délicate, et nulle fonction n'est plus élevée que celles auxquelles il est préposé. Il fallait donc à sa protection une enveloppe particulièrement solide, tout est disposé pour le défendre contre les agents extérieurs et les origines des nerfs et de la moelle, organes indispensables à la vie, sont placées à sa base, lieu du corps le plus inaccessible aux violences.

Disons un mot du rôle que paraît remplir la circulation dans l'exercice des fonctions cérébrales. On me permettra cette digression.

Vu la mollesse du cerveau, le sang varie dans sa quantité, avec une extrême facilité ; par suite, les capillaires plus ou moins dilatés, compriment plus ou moins les éléments nerveux qui les entourent : ces variations sont infinies ; elles peuvent aller, de l'hémorrhagie cérébrale, qui est la rupture par excès de dilatation, jusqu'à la syncope qui suit leur resserrement. Entre ces extrêmes, sont la congestion, les délires, l'excitation intellectuelle et le fonctionnement normal du cerveau. Enfin, surviennent les troubles provoqués par l'ischémie qui sont : les dépressions des facultés intellectuelles, le sommeil, et certaines pertes de connaissance.

Je prends un exemple. Un homme éprouve une émotion vive : il rougit ou pâlit ; c'est que les capillaires de sa face se sont relâchés ou contractés, sous l'influence de leurs vaso-moteurs, lesquels sont mis en action d'une façon encore inconnue par les centres nerveux qui ont perçu l'émotion. En ce qui touche le cerveau, les capillaires dilatés ou resserrés agissent sur les éléments nerveux, lesquels, enfermés dans une boîte inextensible, subissent une action plus ou moins violente. Ici, plus de rougeur, ni de pâleur, du moins apparente, mais excitation, congestion, apoplexie, ou abattement et syncope. Alors se réalisent les expressions suivantes : *En apprenant cette nouvelle il a perdu la tête et s'est mis dans une colère terrible ;* ou, *il a été comme hébété, comme foudroyé.*

La pensée de rapporter à la circulation les désordres des fonctions nerveuses, s'applique mieux encore à la pathologie qu'à l'analyse de l'existence ordinaire. Ainsi admettons que le phénomène que nous venons d'indiquer se passe au milieu des éléments d'origine des nerfs des sens, le malade aura des hallucinations. Si ce sont des éléments moteurs ou sensitifs qui sont troublés dans leur arrangement normal, surviendront des troubles dans la sensibilité et dans la contractilité musculaire, comme des convulsions, de la contracture, de la paralysie, des névralgies, de l'anesthésie, ou de l'hyperesthésie ; il ne saurait en être autrement, pour les éléments nerveux, des points du cerveau qui président à telle ou telle fonction d'un ordre plus élevé, tels que l'attention, la mémoire, l'imagination, l'association des idées, etc...

Alors surgiront de l'incohérence, du délire, de la manie, de l'amnésie, etc., etc... En un mot, pour moi, toutes les lésions des fonctions cérébrales sont dues, la plupart du temps, à un trouble apporté dans les origines de leurs nerfs, par le sang qui circule dans la trame nerveuse de ces origines.

On fera peut-être à ces idées le reproche d'être une hypothèse mécanique, je le veux bien ; mais à mon sens, mieux vaut invoquer une action mécanique que le principe vital, ou les esprits animaux, ou que donner une explication qui n'explique rien du tout. — Je rentre dans mon sujet.

Dans un traumatisme, les éléments cellulaires sont certainement atteints dans leurs rapports entre eux, ou dans leur texture, et les manifestations qui en émanent ne peuvent être que troublées. Nous ne croyons pas que l'anatomie pathologique de la commotion cérébrale soit faite à ce point de vue ; ce que nous savons, c'est que l'ébranlement, le choc, produisent dans les propriétés des corps mous, des modifications considérables ; faute de meilleure explication du phénomène, nous disons que le choc détermine en eux une altération moléculaire ; ainsi l'ébranlement prolongé d'une masse de fer, transforme la forme de ses éléments : de fibreux, ils deviennent cristallins, c'est pour cela que les essieux de voiture se brisent. Il en est de même de la gutta-percha. Une masse d'eau tranquille peut descendre sans changer d'état à quatre ou cinq degrés au-dessous de 0°. Imprimez-lui un léger ébranlement, elle se congèle.

Il est permis de penser que le microscope, manié par une habile main, pourra donner la connaissance de ces modifications et alors qu'il montre la disposition normale des cellules cérébrales, leur forme, leur prolongement et leurs anastomoses, il dira le désordre qu'apporte dans leur trame un traumatisme quelconque, mais, jusqu'à ce jour, je ne crois pas qu'il l'ait fait.

Il résulte de ce qui précède que le traumatisme cérébral a une influence plus considérable qu'on ne le croit d'habitude, et je serais heureux que ce travail apportât quelque lumière à cette question difficile, et surtout que les médecins, faisant appel à la psychologie, étudient à ce point de vue les malades que le hasard leur envoie ; malheureuse-

ment, nous sommes encore loin du temps, où, par un accord complet de la physiologie et de la psychologie, l'étude de toutes les fonctions du cerveau, de quelque ordre qu'elles soient, fera sérieusement partie du domaine de l'art de guérir.

Mais ce temps viendra, j'en ai la confiance.

J'aurais particulièrement désiré qu'il fût possible de déduire des faits précédents, ceci : que, de même que certains mouvements, les sens, ou le langage articulé, ont pour origine, certains points du cerveau, d'autres émanations de ce centre, d'un ordre plus élevé, je le veux bien, mais d'une origine non moins organique, depuis l'attention jusqu'à la mémoire, sont localisables d'une façon quelconque.

Ici encore les temps ne sont pas venus, et, je le reconnais, les faits ne sont pas encore suffisants pour appuyer invinciblement les convictions de la théorie ; mais ce temps viendra, car il est impossible que l'étude ne fasse pas, pour toutes les fonctions du cerveau, ce qu'elle a su faire pour quelques-unes ; c'est ainsi qu'étant donné un blessé qui présente certains troubles intellectuels, il sera permis de déduire de la nature de ces troubles quel est le point du cerveau le plus particulièrement atteint et sur lequel doivent porter les efforts de la thérapeutique. Ainsi, d'après la nature des sécrétions de l'estomac et du rein, nous jugeons de leur altération, et du remède qu'il faut y apporter ; alors, peut-être, nous pourrons y voir plus clair dans les ténèbres des maladies dites nerveuses, et réaliser mieux encore le but que tout médecin doit poursuivre, le soulagement de l'humanité.

IV

Déductions pratiques

Etant donnés les faits et les considérations qui précèdent, recherchons comment le médecin peut prévoir et empêcher les effets tardifs des traumatismes cérébraux. Je n'ai pas à m'occuper ici de la thérapeutique des néoplasmes ; en effet, en général, ils n'ont pas pour origine, un trauma-

isme cérébral ; du reste, sauf les tumeurs syphilitiques, ils échappent, aujourd'hui, à tout traitement. Je m'occuperai surtout des conséquences des traumatismes proprement dits, certaines d'entre elles amenant des accidents curables ou dont la curabilité ne paraît pas impossible.

Pour me faire bien comprendre, je n'ai qu'à rappeler un fait dans lequel l'intervention d'un chirurgien habile a sauvé un malade ; il s'agissait d'un jeune homme qui, atteint d'une balle à la tête en 1870, avait incomplètement guéri ; trois ou quatre ans après, il était devenu épileptique et présentait d'autres troubles des fonctions cérébrales qui menaçaient sa vie ; M. Péan le trépane, et extrait de son cerveau des fragments de balle et des esquilles osseuses que, dans une première trépanation, on avait négligé d'enlever. Ici, comme dans d'autres cas de compression cérébrale par corps étrangers, esquilles ou exostoses, l'intervention chirurgicale a été toute puissante.

Il est d'autres circonstances dans lesquelles l'intervention de la chirurgie a pu sauver des malades, et où cette intervention a été inspirée à d'habiles chirurgiens par la notion de certaines localisations.

Je serais entraîné trop loin si je traitais ce sujet avec les développements qu'il comporte ; il me sera seulement permis de rappeler quelques cas ; ils sont de ceux qui honorent le plus l'art de guérir.

Le fait suivant, appartenant à mon collègue et ami, M. Demons, professeur à la Faculté de Bordeaux, est un type de trépanation guidée par la notion des localisations cérébrales ; il a été communiqué par lui au Congrès de chirurgie de 1886.

Un mécanicien, après une chute au fond d'un puits, voit, au bout de deux ans, et après avoir été à peu près guéri des accidents primitifs, se développer des accidents divers, entre autres de l'épilepsie, des troubles de la motilité, etc., etc.... Guidé par le siège cérébral de ces derniers troubles, M. Demons le trépane. Ouvrant le crâne au niveau de la partie moyenne du sillon de Rolando, il trouve une fracture linéaire de 3 centim. et un foyer de méningo-encéphalite ; les parties altérées comprenant les méninges et une

petite partie de l'écorce cérébrale sont enlevées et le malade guérit.

Un autre fait, non moins probant, vient d'être communiqué à l'Académie de médecine par M. Lucas-Championnière, dans la séance du 20 août dernier.

Bien que le malade qui en est le sujet n'ait pas été atteint de traumatisme cérébral, son observation n'en prouve pas moins qu'une intervention chirurgicale efficace peut être guidée par les notions qu'on a sur les localisations cérébrales. L'opéré, âgé de 53 ans, avait été vingt mois auparavant, frappé d'hémiplégie cérébrale droite, et était devenu épileptique ; le diagnostic était celui-ci : foyer d'hémorrhagie vers la partie moyenne de la circonvolution frontale ascendante, irritant les centres du bras et confinant aux centres du membre inférieur. La trépanation pratiquée et la dure-mère incisée, le chirurgien découvrit, en avant du sillon de Rolando, un ancien foyer d'hémorrhagie cérébrale, qui occupait la substance de la frontale ascendante. Ce foyer fut vidé et, ses parois excisées, dès le lendemain ces accidents avaient cessé.

Trente fois déjà, cet habile chirurgien a fait des trépanations dans des cas analogues et, particulièrement, tous les épileptiques qui devaient leur maladie à des fractures du crâne, ont immédiatement guéri.

J'en ai assez dit, je crois, non pour traiter la question qui mériterait d'autres développements, mais pour faire comprendre comment les localisations cérébrales peuvent guider le chirurgien dans la cure des troubles cérébraux. Il m'est cependant permis d'ajouter une réflexion, c'est que, malgré le grand mérite de ces faits, il semble que dans la chirurgie courante, le cerveau est encore trop en dehors de l'intervention ; c'est, sans doute, parce qu'il est revêtu d'une enveloppe osseuse très solide et qu'un phénomène d'origine cérébrale étant donné, il est difficile de savoir la partie de l'organe qui en est le point de départ, difficile, je le veux bien, mais non impossible ; les observations citées plus haut le prouvent. Quant à la solidité de la boîte osseuse, le trépan en a facilement raison, et les méthodes antiseptiques défient les complications inflammatoires provenant de la séreuse cérébrale ; le bistouri, l'indication étant donnée, n'est

pas arrêté par l'épaisseur des tissus. Or, le trépan est le bistouri du crâne. J'ai la confiance, et je suis loin d'être le seul, que les chirurgiens aidés par les notions de localisation cérébrale qui grandissent chaque jour, feront, de plus en plus, avec le trépan, une chirurgie semblable à celle du reste du corps.

La trépanation n'est pas la seule ressource du chirurgien ; il est des cas dans lesquels d'autres moyens peuvent réussir.

Il ressort, en effet, d'une leçon récemment faite par M. Bryant sur ce sujet, que dans un certain nombre de cas, l'inflammation, complication redoutable, a pu être prévenue ou enrayée par un repos prolongé, des saignées nombreuses, des applications froides, du calomel à l'intérieur, etc., etc. Ce chirurgien conseille même le trépan préventif, qui, d'après Pott, aurait donné 70 p. 100 de succès.

En un mot, un traumatisme cérébral grave, étant donné, le chirurgien doit se garder de prendre des apparences de guérison pour une guérison définitive ; il ne doit pas négliger les soins préventifs et peut s'attendre à une intervention armée.

Les traumatismes cérébraux soulèvent des questions importantes de médecine légale. Voici comment :

Un ouvrier fait une chute du haut d'un échafaudage ; il perd connaissance, puis guérit des premiers accidents de sa chute ; plus tard, surviennent des troubles cérébraux, et, lui ou sa famille réclame du patron des dommages et intérêts. — Un voyageur est blessé à la tête dans un accident de chemin de fer, et, dans les mêmes circonstances, attaque la compagnie. Nombre d'autres cas peuvent se présenter où le juge demandera au médecin expert de l'éclairer sur le degré de responsabilité de l'auteur de l'accident.

Dans les pays à chemin de fer, particulièrement en Allemagne, aux Etats-Unis et en Angleterre, cette question de responsabilité se présente si souvent qu'il a été fait, — je l'ai dit plus haut, — une entité morbide de l'ensemble de ces troubles cérébraux sous les noms de Railway-brain, Railway-spine. En France, ces notions tendent à s'établir aussi, témoin la question qui vient d'être traitée au Congrès

de médecine légale (1889) : *Les traumatismes cérébraux et médullaires dans leurs rapports avec la médecine légale.*

J'ajouterai que les questions à résoudre sont très délicates, et que, la plupart du temps, la réponse est difficile à donner. Cette réponse, en effet, est basée sur l'appréciation de troubles dont beaucoup échappent à un premier examen et beaucoup peuvent être simulés. Je mets de côté la simulation, estimant qu'un expert, pour peu qu'il soit observateur habile et patient, saura la déjouer.

S'il s'agit de troubles tardifs graves, tels que l'épilepsie, la paralysie générale, la folie, etc., etc., la difficulté consiste à démontrer que ces troubles se relient à l'accident invoqué, car l'auteur ne manquera pas de répondre à toute revendication que si le réclamant est aliéné ou épileptique, il l'est devenu en dehors de tout accident, et qu'il n'a qu'à le plaindre.

Bien que le cas soit souvent difficile, il n'est pas au-dessus de l'habileté d'un expert ; en effet, presque toujours il est possible de relier le traumatisme à l'effet tardif, bien qu'à un examen superficiel, il ne semble exister entre eux aucune relation.

Cette relation existe ; mais sous des formes que la patience et l'habileté peuvent seules mettre en lumière ; le blessé paraît complètement guéri, il reprend ses occupations ordinaires, mais si bien qu'il soit en apparence, il lui manque quelque chose ; ainsi le blessé de M. Tillaux avait perdu la faculté de compter, cet employé de banque ne savait plus faire une addition ! il est, comme tel autre, incapable de travailler longtemps de tête, il ressent des douleurs violentes dans le point du crâne autrefois blessé ; sa vue s'est affaiblie ou il est diplope ; il a parfois des bourdonnements d'oreille ; ses mains tremblent et il a des peurs inexplicables, des cauchemars ; son caractère a changé, etc., etc.

En un mot, pour peu que lui ou sa famille soit pressé de questions bien posées, on découvre que pendant ce temps, si long qu'il soit, il n'était pas complètement semblable à ce qu'il était avant sa blessure ; il était comme virtuellement malade ; le feu couvait sous la cendre avant d'éclater, sous l'empire d'une cause déterminante quelconque.

Si étrange que puisse paraître, au premier abord, cette incubation, elle a cependant bien des analogies.

N'y a-t-il pas des diathèses et des virus dont les effets, souvent terribles, n'éclatent qu'après une longue incubation ; et nous ne devons pas oublier les mystères de l'hérédité, des ressemblances et des prédispositions.

Il ne suffit pas à l'expert de dire au juge que le mal pour lequel on réclame est bien la conséquence de l'accident passé, il faut qu'il dise la gravité de ce mal, l'importance de l'indemnité étant en raison de cette gravité.

Il est, en pathologie, une sorte de loi, c'est que la gravité d'une maladie chronique est en raison du temps qu'elle a mis à se développer ; c'est dire que les troubles tardifs qui suivent les traumatismes cérébraux sont, dans l'état actuel de la science, bien rarement curables, si bien que l'expert doit être d'une extrême réserve sur leur pronostic, et conclure en conséquence.

Certains troubles des facultés intellectuelles, tels que la paralysie générale, l'épilepsie et la folie sont à peu près incurables, et il en est de même, à n'en pas douter, nombre d'autres, qui, quoique moins apparents, n'en entraînent pas moins la nécessité d'une grosse indemnité. Je veux parler de tous ceux, et ils sont nombreux, qui amènent l'incapacité de travail.

Il arrive souvent que les anciens blessés, tout en paraissant, pour un observateur peu attentif, avoir les allures de tout le monde, sont dans un tel état de santé générale, que leur existence n'est qu'une suite de misères depuis la constipation jusqu'à l'impuissance.

Cette opinion ressort clairement des nombreuses observations recueillies par MM. Badal, Vibert, Gilles de la Tourette, Page, Erichsen, etc., etc., et par moi-même.

La plus grande partie des considérations qui précèdent s'applique à une autre série de cas : les délits et les crimes. Le magistrat, chargé d'instruire une affaire de ce genre, doit chercher à savoir si l'accusé n'a pas dans ses antécédents quelque traumatisme cérébral ; les moyens d'enquête ne lui manquent pas et l'expert (si expert il y a) aura à rechercher, avec le plus grand soin, si, entre le moment de l'accident et celui de l'acte incriminé, et quel que soit le

temps écoulé, cet accusé n'a pas présenté quelque trouble intellectuel ou autre ; ce trouble est peut être peu apparent, mais il est suffisant pour indiquer la tare cérébrale dont l'existence peut atténuer la sensibilité dans une certaine mesure.

Je sais que, si l'affaire suscite un débat contradictoire, l'avocat ne manquera pas de plaider l'innocence pour un traumatisme cérébral quelconque, mais, c'est à l'expert qu'il incombe d'apprécier la valeur du traumatisme et, surtout, si son action a laissé des traces qui puissent atténuer la responsabilité.

En effet, un coup sur la tête ne saurait être un brevet d'irresponsabilité.

En général, les traumatismes cérébraux ne laissent de traces que lorsqu'ils sont suivis de perte de connaissance complète ; et si dix à douze ans, au plus, se sont écoulés sans troubles intermédiaires, la responsabilité peut être considérée comme complète.

En résumé, un homme dans la force de l'âge, jusque-là bien portant, est blessé à la tête et perd connaissance ; il guérit des accidents primitifs et reprend, ou croit pouvoir reprendre, ses occupations habituelles. Après plusieurs mois, quelquefois plusieurs années, il est obligé de les modifier ou de les cesser, surtout si elles demandent une certaine application intellectuelle ou de la force physique. Il est devenu relativement incapable ; en un mot, il demeure, jusqu'à la fin de ses jours, dans un état d'infériorité, peut-être peu apparent, mais dont il a conscience. Quelquefois, ses proches sont les seuls pour lesquels ces tares soient sensibles et, pour les constater, le médecin doit être patient et habile.

Il peut arriver aussi, que ces états pathologiques variés, prennent une importance plus grande, alors les blessés du cerveau deviennent paralysés généraux, épileptiques ou aliénés.

DU DANGER DES SORTIES PRÉMATURÉES DES ASILES

POUR LES ALIÉNÉS A IDÉES DE SUICIDE (1),

Par M. J. Luys.

On sait avec quelle âpreté les gens du monde, et les journalistes en particulier, ouvrent de temps en temps une campagne contre le service des aliénés, en prétendant toujours, au nom du principe de la liberté individuelle, que les asiles privés et publics renferment indûment un certain nombre de sujets qui pourraient être rendus à la liberté, et retiennent arbitrairement, dans ces nouvelles bastilles, un certain nombre de sujets aptes à vivre de la vie commune, au mépris des prescriptions réglementaires de la loi de 1838.

Ces allégations, quelque vagues et erronées qu'elles soient, ne sont pas cependant sans avoir un certain retentissement sur l'opinion publique, et l'on voit des gens de bonne foi, des magistrats, des médecins même, emboîter le pas, et croire volontiers, avec la tourbe des ignorants qu'il y a des réformes salutaires à opérer, et des modifications nouvelles à introduire dans la législation contemporaine.

J'appelle en ce moment l'attention des médecins et des législateurs sur un point limité de la loi — celui qui touche à la sortie des asiles des malades à idées de suicide. Ce n'est pas avec des règlements nouveaux, comme nous allons le voir, que l'on guérira les malades à idées de suicide qui sont ici visés, et que l'on modifiera administrativement leur état mental.

Ils sont, de par la maladie, ce qu'ils sont, et c'est au nom de leur guérison — de leur vie menacée, qu'il faut savoir réagir, et, pendant un temps variable, avoir le courage de s'opposer à leur mise en liberté et de les retenir d'office dans les asiles. — Le devoir professionnel du médecin d'asile est là, il est strictement indiqué par ce qu'il sait de l'évolution naturelle et de la fatalité de la maladie.

Il sait en effet que les impulsions au suicide sont des

(1) Extrait du Journal *l'Encéphale*, Paris, 1887.

phases transitoires d'un cycle morbide continu — que ces phases transitoires sont susceptibles de disparaître, de s'atténuer et de s'éteindre — qu'elles sont souvent dominées par des influences héréditaires — et qu'en définitive, avec des soins, une surveillance attentive, on peut arriver peu à peu à les voir disparaître, et à rendre à leur famille des malades qui seraient infailliblement morts si on n'avait pas veillé sur eux avec un soin des plus scrupuleux.

Il y a donc des circonstances spéciales dans lesquelles la question de la responsabilité d'une sortie prématurée s'impose au médecin, et dans lesquelles il doit refuser, d'une façon absolue, son assentiment et je dirai même sa complicité à un suicide. Les exemples que je vais citer plus loin apprennent le bien fondé de cette proposition.

La situation, dans l'espèce, devient encore bien plus délicate par ce fait que les malades à idées de suicide sont, en général, des mélancoliques lucides. Ils s'expriment avec conviction, ils se rendent compte suffisamment des obstacles que l'on met à leurs agissements, ils sont mécontents de la surveillance incessante dont ils sont l'objet et, lorsque leurs parents, leurs père, mère, frère et sœur (tous plus ou moins teintés d'une nuance de faiblesse et d'obnubilation mentale) viennent à les visiter, ils trouvent un auditoire crédule et tout préparé à accepter leur justification et à déclarer la maladie guérie. — La sortie est demandée et le malade, encore sous le coup de l'influence sédative de son séjour dans l'asile, va se maintenir calme pendant quelques jours ou quelques semaines, puis, tout d'un coup, on apprend qu'il a mis ses fatales conceptions à exécution et qu'il s'est suicidé d'une façon ou d'une autre.

C'est là le triste épisode qui termine d'habitude l'histoire pathologique des malades à idées de suicide, qu'une sortie hâtive, compliquée des illusions de l'entourage, a mis trop tôt en liberté. Ils expient ainsi, par une mort accidentelle, les défaillances de la famille et les complaisances trop grandes de ceux qui avaient mission de veiller sur eux. — A mon avis, les dispositions de la loi, au lieu d'être trop coercitives, ne le sont pas encore assez, dans ces cas spéciaux, car, étant démontré ce fait, que les impulsions suicides sont aptes à s'éteindre d'elles-mêmes, au bout d'un

temps variable, il paraîtra sage et vraiment humanitaire de protéger ces malades contre eux-mêmes avec plus de sévérité qu'on ne le fait ; et, *d'office*, quels qu'ils soient, qu'ils appartiennent à un asile public ou privé, de discuter la prolongation de leur séjour, en faisant décider la sortie définitive par la délibération d'une commission de médecins compétents.

C'est dans l'intention d'ouvrir une enquête suivie sur les inconvénients des sorties prématurées des asiles pour une certaine catégorie d'aliénés, que, sous cette rubrique, j'ouvre le récit d'une série d'observations dans lesquelles on verra, comme moi, combien les guérisons incomplètes cachent de rechutes, et combien les malades à idées de suicide combattues avec succès dans les asiles, arrivent par une inéluctable fatalité, une fois qu'ils sont débarrassés des moyens de surveillance, à les mettre rapidement à exécution et à finir prématurément leur existence avant l'heure naturelle.

Obs. I.— Mme O., 51 ans, veuve et mère de trois enfants, a été prise d'un violent chagrin à la suite de la mort de son mari. — Ce chagrin s'est transformé peu à peu en une tristesse profonde avec dépression des forces physiques et morales, accompagnée de refus d'aliments. — Au moment où nous vîmes Mme O., elle était dans un état de demi-stupeur, avec inconscience presque complète de ses actes et insomnies prolongées.

Confiée à nos soins, au bout d'un séjour d'environ deux mois à la maison de santé d'Ivry, elle reprit peu à peu ses forces ; son intelligence se releva insensiblement, et nous pûmes assister ainsi à un réveil complet des facultés. Néanmoins, il y a eu encore chez elle des moments de tristesse passagers, d'inévitables absences, dans lesquelles, au milieu d'une conversation, elle s'arrêtait brusquement, et paraissait devenir étrangère à ce qui se passait autour d'elle. Je considérais ces moments d'obscurcissement mental comme des indices suffisamment démonstratifs de l'existence d'impulsions passagères, inconscientes, et à la suite desquelles elle retombait dans ses anciennes tristesses, paraissait découragée et disposée à renoncer à la vie, ainsi qu'au plaisir de revoir ses enfants, qu'elle chérissait tendrement.

L'entourage de cette dame veuve, représenté principalement par un frère faible d'esprit, réclama pour elle, sa mise en liberté, et cela avec autant plus d'insistance, qu'en dehors de ces petites

attaques d'obscurcissements passagers de l'esprit, que j'étais seul à connaître et à apprécier à leur valeur, elle était lucide, aimable, désireuse de rentrer dans son intérieur, et que rien, en un mot, aux yeux des gens inexpérimentés, ne dénotait une trace quelconque d'aberration des facultés. Sa sortie fut donc décidée. Elle rentra chez elle et pendant environ six semaines parut avoir une conduite aussi régulière que possible. On n'avait aucun soupçon des idées qui germaient dans sa tête et personne ne se doutait de ce qui allait se passer. — Souffrant depuis quelques jours d'une douleur articulaire, son médecin habituel lui avait conseillé des applications de teinture d'iode sur les genoux. La fiole, contenant plus de 150 grammes, était à sa disposition. Un matin, quel ne fut pas l'étonnement de l'entourage d'entendre Mme O. jeter des cris violents, dire que son estomac était en feu — qu'elle souffrait de douleurs atroces — et, en voyant le contenu du flacon de teinture d'iode qui était presque vide, on reconnut qu'elle venait de s'empoisonner, en avalant tout ce qu'il contenait !

Elle succomba dans les 24 heures au milieu de souffrances horribles ; et, chose cruelle et triste à dire, en témoignant tous les regrets possibles de l'acte qu'elle avait accompli !

Obs. II. — Mme C., mère de deux enfants, 30 ans, à la suite d'une troisième couche, fut prise, sans motifs, de tristesse, de découragement et d'appréhensions au sujet de son avenir. Rien ne justifiait ses craintes. Son mari, dans une position modestement honorable, lui rendait par son travail la vie facile ; ses grands parents l'entouraient de soins affectueux, rien ne semblait donc attrister sa vie. — Au sortir de sa dernière couche, elle se sentit envahie par des idées bizarres, par des remords de choses imaginaires : elle devint mélancolique, anxieuse et annonça de temps en temps le désir de mettre fin à ses jours. — Confiée à nos soins, elle fut pendant plusieurs mois l'objet de notre part d'une surveillance attentive. Le calme revint quelque peu dans son esprit, mais d'une façon irrégulière et incomplète. Néanmoins, en présence de cette amélioration trompeuse, les père et mère de la malade, ayant une petite propriété aux environs de Paris, eurent l'idée, la voyant à peu près lucide, de la faire venir avec eux, et de la soigner, comme ils le disaient, à leur manière. La période de calme se maintint pendant quelques semaines, mais au bout de ce temps, la malade ayant accusé l'existence de douleurs abdominales, le médecin prescrivit des cataplasmes arrosés de laudanum. Le laudanum ne fut pas employé à cet

usage et la provision ayant été renouvelée et jugée à un moment suffisante, la malade qui avait calculé les moyens de perpétration de son suicide, avala tout d'un trait une forte dose de laudanum et mourut, empoisonnée, dans un état d'agitation extrême. — Cela se passa deux mois environ après la sortie de la maison de santé.

Obs. III. — Mme C., 45 ans, mariée, sans enfants, était depuis plusieurs mois atteinte, sans motifs sérieux, de tristesse et d'inquiétudes vagues. Elle avait un frère qui s'était suicidé. Les parents et le mari, inquiets de cette situtation, vinrent me consulter vers la fin de l'année dernière. — Je trouvai Mme C. dans l'attitude d'une mélancolique, avec des impulsions inconscientes, et une lucidité très grande, qui faisaient dire à la famille qu'elle n'était pas folle et qu'il était inutile de la placer dans une maison de santé. — Néanmoins, je fis confidentiellement au mari une réserve au sujet des tentatives possibles de suicide qui allaient éclater en l'engageant à surveiller de près la malade, et à ne pas la laisser seule.

Au bout de quinze jours environ après cet avis, Mme C., en effet, commença à faire une première tentative de strangulation demeurée sans effet. Elle chercha ensuite à avaler des monnaies de cuivre, et, devant une troisième tentative, elle me fut amenée à Ivry.

Les tentatives de suicide se renouvelèrent à plusieurs reprises sous nos yeux aussitôt qu'on laissait à la malade quelques moments de liberté. — Elle cherchait toujours à se tuer par la strangulation, ou bien à avaler des corps étrangers ; — heureusement qu'elle était veillée de près, jours et nuits, et ses tentatives réitérées n'eurent pas de suites sérieuses. Elle se rendait bien compte de sa situation, se sentait entraînée malgré elle, disait sans cesse à chaque tentative qu'elle ne recommencerait plus ; elle témoignait un repentir réel et un désespoir sincère en voyant l'inutilité de ses efforts, et l'impossibilité absolue dans laquelle elle était de se maîtriser. — C'est là un point capital qui montre combien dans un certain nombre de cas il faut lutter avec persévérance pour arriver à traverser cette phase critique de la maladie, et à rendre ainsi aux malheureux patients, débarrassés de leur impulsion funeste, la possibilité de vivre et de continuer leur carrière au milieu de l'affection de leurs proches. — En faveur de l'amélioration apparente obtenue par un séjour de quelques mois dans l'établissement, l'entourage de la malade, excité par la malade elle-même qui se disait guérie, demanda sa

sortie. Les apparences étaient décevantes, la lucidité paraissait complète, malgré mes réserves, moi qui avais encore vu dans le regard de la malade ces phases d'incertitude et de vague qui annoncent l'existence d'obnubilations passagères, la sortie fut décidée et la malade fut ramenée dans sa famille.

Quelques jours se passent dans une sécurité trompeuse, on est satisfait du retour de la malade dans l'intérieur de la famille ; et tandis qu'on se félicite du résultat obtenu, Mme C. disparaît subitement de son domicile. On cherche partout en vain ses traces, et, le lendemain on la trouve en travers de la voie du chemin de fer, les jambes coupées et les côtes enfoncées. Elle ne succomba pas néanmoins aux suites de cette horrible mutilation.

Obs. IV. — M. de B..., 36 ans, jeune officier du plus haut mérite, ayant accompli à la guerre des actions d'une grande bravoure, fut pris à un moment donné de tristesse et de découragement. Rien ne justifiait cet état. Son avancement avait été régulier et il jouissait d'une réputation, très justement acquise, qui le prédestinait à un brillant avenir. Cette tristesse allant en augmentant de jour en jour, il fut confié à mes soins. — Au bout de deux mois de séjour à Ivry, il reprit peu à peu confiance en lui-même et la convalescence parut assurée. — Quoique de temps en temps il semblât s'interrompre dans le cours de la conversation, absorbé qu'il était par quelques hallucinations passagères, son père le voyant rétabli n'hésita pas à le reprendre avec lui, malgré mes conseils motivés.

Mal lui en prit, car, quinze jours à peine s'étaient écoulés depuis le retour du malade dans son pays, que ce malheureux père m'écrivit que son fils, envahi de nouveau par ses préoccupations tristes, avait de nouveau quitté le toit paternel, qu'il s'était dérobé, qu'on était resté deux jours sans savoir ce qu'il était devenu, et que par hasard seulement on avait soupçonné son suicide en ayant trouvé son chapeau et sa canne au bord du fleuve dans lequel il s'était précipité.

Chacun de nous, au fur et à mesure que les recherches seront tournées dans cette direction, pourra grossir la liste des suicides que je commence en ce moment, et ajouter un nom nouveau à ce long martyrologe des malheureux malades à idées de suicide que l'on abandonne hâtivement à leurs propres forces, et que, faute de soins, faute d'expérience pratique, on voue ainsi à une perte fatale que l'on pouvait éviter.

L'humanité nous dit que notre rôle de médecin est de réagir contre ces fatales tendances des familles à reprendre trop tôt près d'elles leurs malades atteints d'impulsions suicides, et que c'est leur rendre un service capital, c'est plaider intelligemment la cause du salut de leur proche, que de leur demander un sursis. — Il est bon que le monde sache qu'au point de vue de la conservation d'une vie précieuse, d'un père, d'une mère, d'un fils ou d'une fille, les asiles modernes sont encore, quoi qu'on en dise, les meilleurs moyens de protection contre eux-mêmes, et les instruments prophylactiques les plus efficaces pour l'amélioration du sort des malheureux qui viennent réclamer les secours de l'intervention médicale.

REVUE DE MÉDECINE MENTALE

DE LA RESPONSABILITÉ LÉGALE ET DE LA SÉQUESTRATION DES ALIÉNÉS PERSÉCUTEURS

Par le Dr CHARPENTIER
Médecin de l'hospice de Bicêtre.

Communication présentée au Congrès de Médecine mentale.
Séance du 3 août 1891.

L'aliéné persécuteur se reconnaît à la nature de ses idées délirantes : idées de haine, de vengeance, idées persécutrices ; à la fixité de ses idées délirantes, à leur longue durée ou à leur retour fréquent ; à la tendance extrême de ces idées à commander l'acte délictueux.

Le médecin étant tenu de répondre à la question de responsabilité légale des aliénés, l'auteur est d'avis de proposer l'irresponsabilité quand le délit est un acte pathologique, lié à l'idée délirante, la responsabilité atténuée, quand, chez le délinquant, malgré l'absence de lien entre le délit commis et l'idée délirante, il se trouve une accumulation de présomptions tirées, soit d'autres troubles mentaux antérieurs, soit de signes physiques ou psychiques dits de dégénérescence, et la responsabilité partielle quand, en l'absence des présomptions ci-dessus notées, il n'y a aucun rapport entre le délit et l'idée délirante.

La séquestration de l'aliéné persécuteur, dans un asile, doit comporter la possibilité de l'application d'une thérapeutique disciplinaire (isolement absolu provisoire, moyens de contrainte, punitions).

L'époque de la séquestration d'un aliéné persécuteur doit se déduire de sa conduite, de son caractère, de ses menaces, et du délit.

La prescription des sorties d'essai, pour l'aliéné persécuteur séquestré, doit être considérée comme un moyen de traitement réservé au médecin.

Les aliénés persécuteurs dangereux ou indisciplinés doivent être séquestrés dans tout asile d'aliénés, mais pourvus de quartiers spéciaux.

Tout aliéné persécuteur, guéri après un certain temps d'obser-

vation, ne devra pas être maintenu dans l'asile qui lui a servi de traitement.

SUR LE DÉLIRE DES NÉGATIONS

Par le Dr Arnaud,

Médecin-adjoint de la Maison de santé de Vanves.

(*Annales Médico Pyschologiques*, 1892.)

M. le Dr Arnaud termine son intéressante étude par les conclusions suivantes :

1° Le délire des négations systématisé, à évolution progressive (type Cotard), est plus fréquent chez la femme.

2° Il ne se montre souvent qu'après cinquante-cinq et même soixante ans.

3° Dans un assez grand nombre de cas, il apparaît après un ou plusieurs accès de mélancolie commune ; cela est vrai surtout quand on l'observe chez des malades relativement jeunes.

4° Dans les cas typiques, il ne se développe qu'après une période plus ou moins longue de mélancolie anxieuse.

5° A ces divers points de vue, ce délire peut être considéré comme une psychose tardive, souvent liée, ainsi que l'avait dit Cotard, aux vésanies d'accès ou intermittentes.

6° Il a une signification grave, même lorsqu'il doit guérir, car, d'ordinaire, l'accès dure alors très longtemps.

7° Dans notre observation, les antécédents héréditaires sont inconnus ; mais, dans beaucoup de cas, on les a notés très chargés.

DES MODIFICATIONS OBSERVÉES DANS L'ÉTAT MENTAL DE CERTAINS ALIÉNÉS ATTEINTS DE CHOLÉRA

Par le Dr Camuset,

Médecin directeur de l'asile de Bonneval.

(*Annales médico-physiologiques* 1892.)

Pendant le cours de l'épidémie cholérique qui a sévi dernièrement à Bonneval, le Dr Camuset a constaté que l'affection

exerce une influence, très prononcée parfois, sur l'état mental des aliénés atteints. L'observation a porté sur soixante sujets, des femmes en grande majorité.

Etats maniaques :

L'attaque cholérique a toujours fait disparaître l'état maniaque, quelle que fût l'intensité, quelle que fût l'ancienneté de celui-ci Mais aucune de ces guérisons ne s'est maintenue. Si le malade guérissait du choléra, il redevenait progressivement au point de vue mental, tel qu'il était avant l'attaque de la maladie intercurrente.

Quand il y avait manie chronique simple, et non démence maniaque, le sujet se montrait pendant un certain temps normal au point de vue intellectuel. Quand il y avait démence maniaque, il était momentanément simple.

Etats mélancoliques :

L'attaque cholérique a aussi modifié plus ou moins profondément l'état de plusieurs mélancoliques ; mais son influence n'a été, ni aussi profonde, ni surtout aussi générale, sur les états mélancoliques que sur les états maniaques. Du reste, il y a eu bien moins de mélancoliques que de maniaques atteints par l'épidémie. Quand les idées délirantes sont vagues, superficielles, elles disparaissent pendant la maladie intercurrente. Quand, au contraire, elles sont systématisées, profondément installées, elles persistent.

Délires partiels. Délire de persécution :

Tous les aliénés à délires partiels, particulièrement les persécutés, n'éprouvèrent aucune modification psychique du fait de l'attaque cholérique. L'excitation, quand il y en avait, se dissipait, mais le délire systématisé persistait.

Les hallucinations de l'ouïe et les troubles de la sensibilité générale continuaient à se manifester dans les périodes les plus graves du choléra, et jusqu'à l'agonie.

Démence organique. Paralysie générale, etc.

Un seul paralytique général ayant été atteint par l'épidémie, il n'a pas été possible de juger de l'effet du choléra sur l'évolution

de la péri-encéphalite. Le malade était arrivé à un degré très avancé de démence, son état mental ne fut en rien modifié. Il mourut après une huitaine de jours, sans avoir eu, à aucun moment, la moindre idée exacte de sa situation.

Plusieurs déments organiques, hommes et femmes, ne présentèrent non plus rien de notable. L'intelligence resta à son niveau ordinaire pendant toute l'évolution de la maladie. Les moins déments comprenaient leur situation, ceux dont la démence était plus accentuée étaient indifférents et inertes.

Un alcoolique chronique qui, avec un certain degré d'affaiblissement des facultés, avait des idées vagues de grandeur et de persécution, cessa de délirer dès le début de l'attaque.

L'auteur, en terminant, attire l'attention sur ce point, que les délires vagues, superficiels, non systématisés, disparaissent fréquemment par le fait du choléra, tandis que les délires systématisés, profonds, persistent sans aucune modification. Il se demande si la raison de cette différence ne consiste pas dans ce fait, que les premiers délires sont la conséquence de troubles cérébraux d'ordre fonctionnel dus à de simples modifications dans l'irrigation sanguine, alors que les seconds ont un substratum organique persistant, une lésion organique, matérielle.

LA CONFUSION MENTALE PRIMITIVE

par le Dr Ph. Chaslin,
Médecin-adjoint de Bicêtre.

(*Annales médico-physiologiques*, 1892.)

Il existe une forme de maladie mentale aiguë ordinairement, qui n'est ni de la manie, ni de la mélancolie, qui doit être attribuée à l'épuisement rapide et brusque du système nerveux central (très souvent consécutif, pour les auteurs les plus récents, à l'infection ou à l'auto-intoxication) et qui doit être séparée de ce que l'on appelle la « dégénérescence ». C'est une forme intermédiaire entre les psychoses et les folies à lésions accentuées et profondes ; elle revêt souvent le caractère d'une véritable maladie, par les phénomènes somatiques, dénutrition, fièvre, qui l'accompagnent. Au point de vue psychique, elle est essentiellement caractérisée par la confusion des idées, par suite de l'affaiblisse-

ment et de l'incoordination du processus de l'association des idées,de la perception et de l'aperception personnelle ; elle peut être ou non accompagnée d'hallucinations ; elle peut être accompagnée d'agitation motrice, ou de dépression ou de stupeur ; le ton émotionnel est souvent indifférent ou, au contraire, présente des variations brusques.

Elle a la plus grande analogie avec les délires par intoxication chronique. Elle parait mériter le nom de confusion mentale, sous lequel elle a été décrite en France, en ajoutant primitive, afin de la distinguer des formes où il y a aussi confusion, mais secondaire.

Dr René Semelaigne.

BULLETIN MENSUEL

DE LA

CLINIQUE HYPNOTHÉRAPIQUE DE LA CHARITÉ

Novembre 1892.

Salle Andral (Femmes).

Mme Vve B., 39 ans. couturière. *Hystérie anxieuse*.

Cette malade a été assez améliorée pour quitter l'hôpital au milieu du mois.

Marguerite J., 22 ans., employée. *Hystérie*.

Père bien portant. Mère décédée à la suite d'une fluxion de poitrine. La mère de la malade avait toujours été très nerveuse.

Malade depuis l'âge de 15 ans. A ce moment, à la suite d'une légère attaque de rhumatisme, début de l'affection nerveuse par des accès de mélancolie. Fièvre typhoïde à 17 ans. Convalescence difficile. Arrive à Paris à 18 ans, réglée à ce moment seulement. Premières crises hystériques à la suite de métrorrhagies, pour lesquelles elle est amenée à la Charité. dont elle sort sur sa demande au bout de 15 jours.

Depuis cette époque, elle a été traitée par les moyens ordinaires (bromure, douches, etc.) sans résultats appréciables, et a eu une pneumonie, traitée à la campagne.

Rentre dans le service le 8 novembre, pour des palpitations violentes, de l'insomnie. Traitée par la suggestion, son état s'améliore rapidement.

Salle Louis (Hommes).

Louis F., 16 ans 1/2., employé de commerce. *Chorée*.

Malade depuis huit ans. Père mort d'affection cardiaque, mère très nerveuse. A la suite d'une peur, début de la maladie par des tremblements du bras gauche; puis généralisation progressive des tremblements en quatre mois à tous les membres. De plus le malade ne pouvait plus parler.

A été traité aux Enfants Malades pendant neuf mois. A la suite de

ce traitement (chloral à hautes doses) les accidents s'atténuent pendant cinq mois. Reprise de l'affection en automne 1884. Le malade retourne à l'hôpital et en sort de nouveau guéri au bout de six mois. La guérison dure encore cinq mois et ainsi de suite, alternatives de crises et de guérisons, jusqu'en 1891 où la guérison se maintient un an.

Le 18 novembre 1892, il entre à la Charité et le 31 on commence le traitement par les aimants.

Consultation externe (Femmes).

Elisa A., 12 ans. *Chorée, suite d'une peur.*

Cette petite malade a pu retourner à l'école où elle coud et écrit, ce qui indique que la guérison a été vite obtenue et se maintient bien.

Pauline M., 12 ans. *Chorée.*

Parents bien portants. A eu la rougeole à 11 ans; avait eu la scarlatine quelques années auparavant, mais sans accidents consécutifs. Subitement, au mois d'octobre dernier la petite malade a été prise d'accidents chroniques caractérisés par des tremblements de tout le côté droit (hémichorée).

On institue le traitement par les miroirs et les transferts combinés et l'amélioration est déjà très notable.

Cette observation corrobore la précédente.

Consultation externe (Hommes).

Emile J., 25 ans, comptable. *Neurasthénie. Palpitations nerveuses. Anxiété respiratoire.*

Aujourd'hui 30 novembre les palpitations cardiaques et les syncopes sont guéries. Il reste encore une certaine faiblesse cérébrale pour laquelle on continue le traitement.

M. L., conducteur des ponts et chaussées en retraite. *Névralgie faciale ancienne.*

Ce malade, complètement guéri, a cessé son traitement.

TABLE ANALYTIQUE DE L'ORDRE DES MATIÈRES

Anatomie pathologique.

Pages.

Altérations de la pie-mère cérébrale chez les aliénés, par le Dr Francesco del Greco..... 43
Considérations générales sur la structure et les maladies du système nerveux. Leçon d'ouverture des conférences faites à l'hôpital de la Charité, par le Dr J. Luys.....269, 299
Diffusion dans les différentes régions de l'encéphale des lésions capables de produire les manifestations de l'épilepsie, par MM. J. Luys et A. Voisin.....169, 207
Documents relatifs à l'anatomie pathologique du cerveau, par le Dr J. Luys..... 82
Origine et trajet des pédoncules cérébelleux, par le Dr V. Marchi 45
Procédés à employer pour l'étude anatomique et photographique du système nerveux, par le Dr J. Luys..... 129
Tumeur des tubercules quadrijumeaux, par le Dr Nothnagel. 151

Physiologie.

Activité fonctionnelle du cervelet, par les Drs Borgherini et G. Gallerani..... 44
Electrisation céphalique, par le Dr Ch. Letourneau..... 301
Langage réflexe, par le Dr G. Robertson..... 50
Localisations cérébrales, par le Dr Broadbent, de Londres... 324
Radiations cérébrales, par le Dr Houston..... 252

Pathologie nerveuse.

Attaques épileptiformes dues à la présence du tænia, par le Dr Martha 283
Aliénés simulateurs, par le Prof. Mairet..... 97
Association médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande, comptes rendus, par le Dr Semelaigne.. 182
Cas rare de dipsomanie, par le Dr J. Christian..... 314
Confusion mentale primitive, par le Dr Chaslin..... 377
Des modifications observées dans l'état mental de certains aliénés atteints de choléra, par le Dr Camuset..... 375
Des obsessions en pathologie mentale, par le Prof. B. Ball. 1
Excitation sexuelle morbide, par le Prof. B. Ball..... 161
Folie menstruelle, par le Prof. B. Ball..... 33
Hystéro-syphilis, par le Dr Fournier..... 26
Revue de médecine mentale, par le Dr Semelaigne... 43, 279 374
Revue de médecine mentale, par le Dr E. Toulouse..... 142
Sur le Délire des négations, par le Dr Arnaud..... 375
Syphilis et paralysie générale, par Morel-Lavallée..... 177
Thanatophopie et suicide, par le Dr Nicoulau..... 284
Troubles sensoriels organiques et moteurs consécutifs aux traumatismes du cerveau, par le Prof. Azam..... 337, 356

Hygiène et médecine légale.

Pages

Aliénés simulateurs, par le Prof. Mairet..... 97
De la responsabilité légale et de la séquestration des aliénés persécuteurs, par le Dr Charpentier..... 374
Du danger des sorties prématurées des asiles pour les aliénés à idées de suicide, par le Dr J. Luys..... 367
Les morphiniques, par le Dr Toulouse..... 121
Prophylaxie de la morphinomanie et de la morphino-cocaïnomanie, par le Dr Ch. Lefèvre..... 225
Un demi-fou..... 89

Chirurgie du cerveau.

Deux cas de chirurgie cérébrale, par M. Poirier..... 286
Documents sur la chirurgie de l'encéphale..... 58
Résultats immédiats d'une craniotomie, par M. Prengrueber. 65

Hypnologie.

Attaque subite de léthargie dans la rue, prise pour une attaque d'apoplexie, par G. Encausse..... 88
De l'emploi des miroirs rotatifs dans la thérapeutique de l'hystérie, par MM. G. Lemoine et P. Joire, de Lille.. 239, 257
Loi sur l'hypnotisme en Belgique..... 283
Observation d'un cas d'anesthésie par l'hypnotisme pour l'extraction de deux dents, par le Dr M. Ilivert..... 220
Phénomènes hypnotiques chez les animaux, par le Dr P. Moreau, de Tours..... 330
Programme du cours d'Hypnologie fait à la Charité, par le Dr J. Luys..... 353
Revue d'hypnologie..... 154
Visibilité des effluves magnétiques et électriques chez les sujets en état hypnotique, par le Dr J. Luys..... 193
Visibilité par les sujets en état hypnotique des effluves dégagées par les êtres vivants, par le Dr J. Luys..... 321

Thérapeutique.

Applications thérapeutiques de l'hypnotisme, par le Dr J. Luys..... 16, 33
Bromure de potassium dans l'épilepsie, par le Dr C. Agostini 34
De l'emploi des miroirs rotatifs dans la thérapeutique de l'hytérie, par MM. G. Lemoine et P. Joire, de Lille.... 239, 257
Guérison d'une ancienne paralysie hystérique par la suggestion de changement de personnalité, par le Dr J. Luys.... 119
Guérison rapide en trois jours d'accidents convulsifs revenant le matin et le soir, depuis une année, chez un hystérique masculin, à l'aide des miroirs rotatifs et de la suggestion, par le Dr Sallé..; 110
Statistique des malades traités à la Charité par les méthodes suivies de l'hypnotisme pendant le cours de l'année 1891, par le Dr J. Luys..... 47

Varia.

	Pages
La plume, par le Dr Ax. Nieslers	92
La poésie chez les aliénés, par le Dr P. P. Moreau, de Tours	72 111
Les suicide-clubs, par le Dr Collineau	196
Un émule de Barra, par le Dr Collineau	289

Bulletin mensuel de la clinique hypnothérapique de la Charité, service de M. Luys.

Amnésie, fatigue cérébrale	159, 192, 223
Bourdonnements d'oreille, surdité légère	127, 160, 192
Céphalée, troubles de la marche	31
Chorée	379 380
Chorée du langage	29
Chorée partielle	64
Claudication, fausse coxalgie	224, 256, 288
Contracture des extrémités inférieures d'origine traumatique	30, 63, 96
Dipsomanie	256, 288
Epilepsie	30, 158
Etouffements, affaiblissement du diaphragme	31
Etourdissements, vertige	192, 223
Hémiplégie droite	30, 158, 190, 222
Hémiplégie gauche, strabisme de l'œil gauche	29
Hémiplégie gauche, hystérie, hémianesthésie	126, 158
Hystérie	190, 222, 223, 255, 287, 351, 379
Hystérie anxieuse	350, 379
Hystérie, crises convulsives	62, 63, 95, 126
Hystérie, hallucination, pseudo-hydrophobie	96
Hystérie, névropathie, paralysie des extrémités inférieures	29 61
Hystérie, perte de mémoire	29, 61
Hystérie, somnambulisme, asthénie musculaire, extériorisation de la sensibilité	30, 63, 96, 127, 158, 191, 223
Hystérie, vertige, éblouissement	30
Hystérie, épilepsie	29, 61, 95, 96, 126, 128
Mélancolie, idée de suicide, obsessions	61, 95, 126
Mouvements choréiformes	29
Neurasthénie	66, 128, 159
Neurasthénie, atrophie des muscles interscapulaires	29
Neurasthénie, ischémie cérébrale, vertige	32
Neurasthénie, palpitations nerveuses, anxiété respiratoire	352, 380
Neurasthénie, surmenage	128, 160
Névralgie du plexus brachial	127, 179
Névralgie faciale	350, 380
Nœvus	95, 126, 158, 190, 221, 224, 256, 288
Paralysie agitante	28
Paralysie du diaphragme	191, 222
Sueurs nocturnes	28
Vomissements incoercibles	29, 95, 128, 222, 254, 287

Table par ordre alphabétique

—

	Pages.
Agostini	44
Arnaud	375
Azam	337, 356
Ball	1, 33, 161
Borgherini	44
Broadbent	324
Camuset	375
Chaslin	377
Charpentier	367
Christian	314
Collineau	196, 289
Encausse (Gérard)	88
Fournier	26
Gallerani	44
Greco (F. del)	43
Hivert	220
Houston	252
Joire	239, 257
Lefèvre	225
Lemoine	239, 257
Letourneau	304
Luys 16, 33, 47, 82, 119, 129, 169, 193, 207, 269, 299, 321, 324, 352	367
Mairet	97
Marchi	45
Martha	283
Moreau (de Tours) Paul	72, 114, 330
Morel-Lavallée	177
Nicolas	92
Nicoulau	284
Nothnagel	151
Poirier	286
Prengrueber	65
Robertson	50
Sallé	110
Semelaigne	43, 182, 279, 374
Toulouse	121, 142
Voisin (Auguste)	169, 207

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, 3. place Saint-André, 3.

1982 278

3 2044 081 512 261